

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y
PODOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

**Enfermedades de posible origen laboral atendidas en atención
primaria por el Servicio Madrileño de Salud**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Marta Hernández Martín

Directores

José Luis Pacheco del Cerro
Alfonso Meneses Monroy

Madrid, 2018

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

**Enfermedades de posible origen laboral atendidas en
Atención Primaria por el Servicio Madrileño de Salud**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Marta Hernández Martín

Directores

José Luis Pacheco del Cerro
Alfonso Meneses Monroy

Madrid, 2017

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología



ENFERMEDADES DE POSIBLE ORIGEN LABORAL ATENDIDAS EN ATENCIÓN PRIMARIA POR EL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

TESIS DOCTORAL

Marta Hernández Martín

Madrid, 2017

Directores

José Luis Pacheco del Cerro

Alfonso Meneses Monroy

*“Quien no sabe lo que busca
no entiende lo que encuentra”*

Claude Bernard

*A mi familia,
que siempre me han apoyado en mis estudios
y han mostrado interés por mi trabajo*

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, mi agradecimiento a mis directores de Tesis, los Doctores José Luis Pacheco del Cerro y Alfonso Meneses Monroy, sin su apoyo, su ayuda, sus consejos y su tiempo no hubiera sido posible dar comienzo, desarrollo y término a la misma.

Para mí siempre seréis un ejemplo a seguir, tanto en lo profesional como en lo personal.

También gracias al Doctor Enrique Pacheco por su colaboración en la realización de esta Tesis y por el apoyo recibido.

No quiero dejar pasar la oportunidad de expresarle mi agradecimiento a la Doctora María Dolores Calvo Sánchez, por todo lo que me enseñó durante mis estudios universitarios y por animar siempre a sus alumnos a llegar a ser Doctores en Enfermería.

Esta Tesis no habría sido posible sin la contribución de la Gerencia de Atención Primaria, dentro de la cual quiero agradecer especialmente su colaboración e interés a Tamara Alonso Safont y Andrés López Romero.

Gracias al Doctor Antonio Moreno por su ánimo y por su ayuda, y a Nieves por su asesoramiento estadístico.

De forma muy especial, quiero agradecer la consecución de esta Tesis Doctoral a mi familia, por todo lo que han hecho por mí. A mi madre, a mis hermanas, a Carlos y mis sobrinos, mil gracias por vuestra paciencia, comprensión, y orgullo hacia mí, y por estar siempre ahí, a pesar de la distancia. Sin duda alguna, esta Tesis siempre será, en parte, vuestra.

A los que se fueron, en especial a la memoria de mi padre y mi abuela Ángela, espero que donde estéis os sintáis orgullosos de mí.

A mis amigos, que por suerte son muchos y sería muy largo de citar a cada uno de ellos.

Gracias por mostrarme vuestra mejor sonrisa en los momentos más difíciles. Vuestro apoyo y cariño han resultado claves para la realización de esta Tesis.

Por último, gracias a todas las personas que me han ayudado y apoyado a lo largo de mi vida, a los que han hecho de mí una mejor persona, a los que estuvieron y ya no están, a los que siguen estando, y a los que vendrán.

A todos, muchas gracias.

RESUMEN – ABSTRACT

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Según estimaciones de la OIT, se producen al año alrededor de 160 millones de nuevos casos de enfermedades profesionales y más de 2 millones de muertes se deben a diversos tipos de enfermedades relacionadas con el trabajo.

En España, las estimaciones más conservadoras apuntan que 2 de cada 3 enfermedades profesionales son atendidas en los centros de salud y hospitales de la red pública en lugar de serlo por una Mutua o entidad autorizada. La atención de enfermedades profesionales o relacionadas con el trabajo por parte del Sistema Nacional de Salud, además de no ajustarse a lo legalmente establecido, supone un sobre coste añadido y ocasiona una pérdida de información sobre el número real de enfermedades profesionales limitando, en parte, la corrección en materia de prevención.

En relación con los equipos de atención primaria, no resulta sencillo discriminar cuándo un paciente acude por una enfermedad común o profesional por la ausencia de hallazgos objetivos. Asimismo, para diagnosticar enfermedades profesionales es preciso contar con conocimientos específicos y un buen sistema de coordinación entre las distintas entidades implicadas.

El presente trabajo pretende estimar las enfermedades de posible origen laboral atendidas en el a través de los centros de Atención Primaria de Salud.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal, realizado en población laboral de entre 16-65 años que acuden a los centros de Atención Primaria del SERMAS y tuvieron un proceso de incapacidad temporal en el periodo de un año.

El tamaño final de la población fue de 130.771 procesos de incapacidad temporal. Se realizó un análisis descriptivo de las variables del estudio.

Posteriormente se estudió la relación de las variables sociodemográficas disponibles y las variables de duración de la incapacidad, tipo de patología y fecha de incapacidad, mediante el test de la chi-cuadrado y el test F de análisis de la varianza (ANOVA) en función de la naturaleza de las variables. Para todos los test realizados, se considera una significación estadística con valores de $p < 0.05$, para un intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS

La investigación sobre la población estudiada mostró que de los procesos de incapacidad temporal, el 61.9% corresponden a mujeres y el 38.1% pertenecen a hombres. La edad media de la población es de 41.81 años, con una desviación típica de ± 10.72 años.

El 82.2 % de los procesos de incapacidad laboral son de origen osteomuscular. Las neoplasias (1%) y la patología auditiva (0.6%) son las de menor prevalencia. La frecuencia general en todas las patologías es mayor en mujeres que en hombres, excepto en el caso de las neoplasias. La media de los días de baja de los procesos de incapacidad temporal es de 24,14 días. Los procesos de baja de incapacidad laboral son más frecuentes los lunes y las altas, los viernes. En marzo y octubre hay más procesos de incapacidad temporal.

Se establece significación estadística ($p < 0.05$) entre determinados grupos de edad, el sexo, la duración de la baja, las patologías estudiadas y la fecha del proceso de incapacidad.

CONCLUSIONES

1.- A través de las estimaciones calculadas por otros autores, obtenemos que 6580 (5%) de los procesos de incapacidad laboral atendidos en Atención Primaria, podrían tener un origen laboral. 2.- La mayor prevalencia de los procesos de incapacidad temporal se deben a trastornos musculoesqueléticos. 3- Existe relación significativa entre los procesos de incapacidad temporal por patologías y las variables sociodemográficas, sexo y edad. 4- Es fundamental considerar además de la historia clínica, la historia laboral de los pacientes para conocer los riesgos laborales y su influencia sobre el proceso de incapacidad laboral. 5- El estudio realizado pone de manifiesto la necesidad de un buen sistema de coordinación entre la Atención Primaria, las Mutuas, los servicios de prevención y todas las entidades implicadas para una adecuada notificación de enfermedades profesionales.

PALABRAS CLAVES

Enfermedades profesionales, Atención Primaria, sistemas de detección, Comunidades Autónomas

ABSTRACT

INTRODUCTION

According to ILO estimates, about 160 million new cases of occupational diseases occur annually and more than 2 million deaths are due to various types of work-related diseases. In Spain, the most conservative estimates suggest that 2 out of 3 occupational diseases are treated in health centers and hospitals in the public network rather than by a mutual or authorized entity. The care of work-related or occupational diseases by the National Health System, in addition to not complying with the legally established, imposes an extra cost and causes a loss of information on the actual number of occupational diseases. This makes it difficult to prevent these pathologies. In relation to primary care teams, it is not easy to discriminate when a patient comes for a common or occupational disease because of the absence of objective findings. Likewise, to diagnose occupational diseases, it is necessary to have specific knowledge and a good coordination system among the different entities involved. The present work aims to estimate the diseases of possible labor origin attended in the SERMAS through the Primary Health Care.

METHODOLOGY

It is an observational, descriptive and cross-sectional study. The research is carried out on working population between 16-65 years old, who attend the Primary Care centers of SERMAS and had a occupational disability in the period of one year. The final population was 130,771 processes of temporary incapacity. A descriptive analysis of the study variables was performed. Subsequently, the association of the available sociodemographic variables and the variables of disability duration, type of pathology and date of disability were analyzed using the X² test and the F-test of variance analysis (ANOVA) as a function of the variables. For all tests performed, a statistical significance was considered with values of $p < 0.05$, for a 95% confidence interval.

RESULTS

The research on the studied population showed of the processes of occupational disability, 61.9% correspond to women and 38.1 % belongs to men. The mean age of the population is 41.81 years, with a standard deviation of ± 10.72 years. 82.2% of the processes of occupational disability are of osteomuscular origin. The neoplasias (1%) and auditory pathology (0.6%) are the ones with the lowest prevalence. The overall frequency in all pathologies is higher in women than in men, except in the case of neoplasias. The mean number of days of temporary incapacitation is 24.14 days. Disability processes are more frequent on Mondays. For months of the year, there is more prevalence in March and October. Statistical significance ($p < 0.05$) was established between certain age groups, sex, duration of discharge, pathologies studied and date of incapacitation process.

CONCLUSIONS

1.- Through the estimates calculated by other authors, we obtain that 6580 (5%) of the processes of occupational disability attended in Primary Care, could have a work origin.
2.- The highest prevalence of the processes of temporary disability are due to musculoskeletal disorders.
3- There is a significant relationship between the processes of temporary incapacity due to pathologies and the sociodemographic variables, sex and age.
4- It is fundamental to consider in addition to the clinical history, the labor history of the patients to know the occupational risks and their influence on the process of incapacity for work.
5- The study shows the need for a good coordination system between Primary Care, Mutual Care, prevention services and all entities involved for adequate notification of occupational diseases.

KEYWORDS Occupational diseases, Primary care, detection systems, Autonomous Communities

ÍNDICE

ÍNDICE GENERAL

21

4.3.- Distribución por patologías.	97
4.4.- Distribución por duración de la incapacidad temporal.	98
4.5. Distribución de los procesos por fecha de baja y alta de la incapacidad temporal.	99
4.6.- Comparación entre duración de la incapacidad temporal y patologías.	101
4.7.- Comparación entre duración de la incapacidad temporal y edad.	102
4.8.- Comparación entre patologías por grupos de edad y sexo.	102
4.9.- Comparación entre patologías y fecha de la incapacidad temporal.	107
5.DISCUSIÓN	113
5.1.- Discusión de la metodología.	113
5.2.- Discusión de los resultados.	116
5.3.- Limitaciones del estudio.	140
5.4.- Futuras líneas de investigación	140
6.- CONCLUSIONES.	143
7.- BIBLIOGRAFÍA.....	147
8. ANEXOS	171

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Clasificación de enfermedades profesionales (EEPP).
Tabla 2.	Relación de Organismos e Instituciones para la prevención de riesgos laborales.
Tabla 3.	Patologías no traumáticas que pudieran tener una relación con el trabajo (Art 156. 2e) y 2f) de la LGSS.
Tabla 4.	Clasificación CIAP por capítulos.
Tabla 5.	Títulos CIAP y correspondencia con las EEPP reconocidas en el RD 1299/2006.
Tabla 6.	Agrupación de la variable patologías en función clasificación CIAP.
Tabla 7.	Estimaciones de prevalencia de enfermedades de origen laboral.
Tabla 8.	Distribución por edad entre hombres y mujeres.
Tabla 9.	Duración media de la incapacidad temporal por sexo.
Tabla 10.	Distribución por tramos de duración de días de la incapacidad temporal.
Tabla 11.	Duración de la incapacidad temporal por patología.
Tabla 12.	Comparación entre duración de la incapacidad por edad.
Tabla 13.	Nivel de significación ($p < 0.05$) entre sexo, edad y patología con duración de la incapacidad temporal.
Tabla 14.	Comparación entre patologías y día de baja de la incapacidad temporal.
Tabla 15.	Comparación entre patologías y día de alta de la incapacidad temporal.
Tabla 16.	Comparación entre patologías y mes de baja de la incapacidad temporal.
Tabla 17.	Comparación entre patologías y mes de alta de la incapacidad temporal.
Tabla 18.	Población activa de la Comunidad de Madrid por sector económico. Año 2014.
Tabla 19.	Población activa por edad. Año 2014.
Tabla 20.	Duraciones medias (días).
Tabla 21.	Distribución por grupo de enfermedades, sexo y actividad económica.
Tabla 22.	Patologías no traumáticas.
Tabla 23.	Estimaciones de enfermedades de posible origen laboral en la población de estudio.
Tabla 24.	Declaración de EEPP desde 2007-2015.
Tabla 25.	Número de partes comunicados distribuidos por CCAA y sexo.

ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1.** Relación de condiciones para calificar la enfermedad profesional.
- Figura 2.** Factores determinantes de la enfermedad profesional.
- Figura 3.** Evolución de EEPP declaradas entre 2000-2006.
- Figura 4.** Evolución de EEPP declaradas entre 2007-2015.
- Figura 5.** Índice de tasa de actividad y tasa de paro en el 4^a Trimestre (4T) de los años 2001-2015.
- Figura 6.** Partes comunicados de EEPP del Grupo 6 entre 2007-2015.
- Figura 7.** Diagrama de actuación ante la sospecha de enfermedad profesional.
- Figura 8.** Origen de la incapacidad laboral.
- Figura 9.** Información por CCAA sobre detección de EEPP.
- Figura 10.** Obtención de recogida de procesos de incapacidad temporal, según clasificación CIAP.
- Figura 11.** Comparación de variables.
- Figura 12.** Distribución por edad de los pacientes.
- Figura 13.** Distribución de la población por grupos de edad y sexo.
- Figura 14.** Distribución por grupos de patologías.
- Figura 15.** Distribución por patologías y sexo.
- Figura 16.** Distribución de los procesos de incapacidad temporal por día de la semana de baja y de alta.
- Figura 17.** Distribución de los procesos de incapacidad temporal por mes de baja y de alta.
- Figura 18.** Comparación de patologías, grupos de edad y sexo.
- Figura 19.** Evolución de partes comunicados oficiales.

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

BOE	Boletín Oficial del Estado
CAREX	Carcinogen Exposure
CCAA	Comunidades Autónomas
CEPROSS	Comunicación de enfermedades profesionales de la Seguridad Social
CIAP	Clasificación Internacional de Atención Primaria
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CIRC/IARC	Centro International de Investigation sobre el Cancer/ International Agency for Research on Cancer
CNAE	Código Nacional de Actividades Económicas
CNO	Código Nacional de Ocupaciones
EPA	Encuesta de Población Activa
EEPP	Enfermedades Profesionales
EU-OSHA	Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo
EUROCARE	European Cancer Registry Based Study on Survival and Care of Cancer
EVI	Equipo de Valoración de Incapacidades
INSHT	Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo
INE	Instituto Nacional de Estadística
INSS	Instituto Nacional de la Seguridad Social
ISM	Instituto Social de la Marina
IT	Incapacidad Temporal
MAP	Médico de Atención Primaria
LGSS	Ley General de la Seguridad Social
LPRL	Ley de Prevención de Riesgos Laborales
OIT/ILO	Organización Internacional del Trabajo/ International Labour Organisation
OMS/WHO	Organización Mundial de la Salud/ World health Organisation
PANOTRATSS	Comunicación de patologías no traumáticas causadas por el trabajo
RD	Real Decreto
REDECAN	Red Española de Registros del Cáncer
SERMAS	Servicio Madrileño de Salud
UE	Unión Europea
TME	Trastornos musculoesqueléticos

INTRODUCCIÓN

Introducción

1.INTRODUCCIÓN

La Salud ocupacional, también conocida como Salud laboral o Salud en el trabajo, es una actividad multidisciplinar dirigida a promover y proteger la salud de los trabajadores mediante la prevención y el control de enfermedades y accidentes y la eliminación de las condiciones que ponen en peligro la salud y la seguridad en el trabajo.

Además, procura generar y promover el trabajo seguro y sano, así como un buen ambiente y organización en el trabajo (Benavides, García & Ruiz Frutos, 2000).

El objetivo de la salud laboral, ajustándose a la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es alcanzar el estado completo de bienestar físico, mental y social de los trabajadores, y no sólo la ausencia de enfermedad.

Conviene distinguir la enfermedad profesional de la enfermedad relacionada con el trabajo. Según la OMS, la enfermedad profesional es cualquier enfermedad contraída principalmente como resultado de una exposición a los factores de riesgo que se derivan de la actividad laboral. Por su parte, las enfermedades relacionadas con el trabajo tienen múltiples causas, en las que los factores del entorno de trabajo pueden desempeñar un papel, junto con otros factores de riesgo, en el desarrollo de dichas enfermedades (World Health Organisation, 2001)

La salud es considerada como un fenómeno complejo que debe ser abordado a través de la interdisciplinariedad. Aún, cuando hablamos solamente de salud, es inevitable no asociarlo a la enfermedad, conformando ambas un binomio inseparable al cual se le denomina como proceso salud-enfermedad (Alcántara Moreno, 2008).

1.1.- Antecedentes históricos de las enfermedades profesionales

El trabajo como causante de enfermedades, ha sido estudiado desde la Antigüedad hasta nuestros días, por eso se considera interesante realizar alguna reseña histórica sobre los autores más relevantes.

Hipócrates (Siglo V a.C.) escribió un tratado sobre las enfermedades presentadas por mineros y trabajadores del metal. Aristóteles (Siglo IV a.C) trató enfermedades de los corredores y Platón ya definió deformaciones en esqueletos de algunos hombres con

Introducción

profesiones peligrosas. Más adelante, Plinio el Viejo (Siglo I d.C.) propuso algunas medidas preventivas sobre el plomo y el mercurio. Galeno (Siglo II d.C.) estudió las enfermedades de los mineros, curtidores, cargadores y gladiadores de la escuela de Pérgamo (Pretel Pretel & Ruiz Bremón, 1999; Molina Benito, 2006).

Pasaron varios siglos hasta que se vuelve a relacionar trabajo con enfermedad, en el siglo XVI, Agrícola y Paracelso realizaron en sus obras importantes hallazgos sobre enfermedades pulmonares principalmente. George Agrícola (1494-1555), publica *De re metallica* y *De Animatti bus subterraneis*, Aureolus Teophrastus Bombastus von Hohenheim, conocido como Paracelso (1493-1541), escribe *De morbis metallicci* que contiene la descripción de múltiples tipos de intoxicaciones. En 1473, Ulrich Ellenbaf desarrolla el primer documento impreso sobre salud ocupacional al señalar algunas enfermedades ocupacionales de la época (Santos Posada, Arévalo Alonso & García Ramírez, 2014).

En el siglo XVII son varios los autores que realizan diferentes estudios sobre enfermedades en las profesiones de entonces, como Glauber que analizó las enfermedades de los marinos, Porcio y Secreta las enfermedades de los soldados, Plemp estudió las enfermedades de los abogados, Kircher con *Mundus subterraneus* y Walter Pope, en 1665, con *Philosophical transactions* reflejaron algunas enfermedades de los mineros.

El trabajo más amplio y profundo sobre salud ocupacional, realizado hasta entonces lo efectuó Bernardino Ramazzini (1633-1714). Fue profesor en la Universidad de Padua y enseñaba al igual que Hipócrates a relacionar el trabajo con la salud.

Ramazzini se considera el padre de la Salud Ocupacional por su obra *De morbis artificum diatriba*, la primera edición de *De morbis artificum diatriba*, incluye 42 profesiones y la segunda edición 54 (Rodríguez Ocaña & Menéndez Navarro, 2005).

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), en su faceta formativa, realizó en el año 2011 la traducción comentada de la obra “De morbis artificum diatriba” de Bernardino Ramazzini. Es una obra de interesante lectura, dado que en ella se refleja la importancia que le otorga a preguntarse donde trabaja el enfermo y algunas otras recomendaciones que siguen siendo válidas hasta nuestros días,

Introducción

como la necesidad de limpieza, de realizar descansos, etc (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2011).

Otros autores destacables fueron, Friederich Hoffman que analizó la intoxicación plúmbica en el libro *Dissertatio phisico medica de metallurgia morbifera* de 1705 y Percival Pott que, en 1775, realizó una importante aportación a la salud laboral al estudiar el carcinoma de escroto en los deshollinadores.

Posteriormente, con la llegada de la Revolución Industrial aumentaron los riesgos ocupacionales y la seguridad laboral era prácticamente inexistente. Francia e Inglaterra, en Europa, comenzaron a implementar leyes para proteger a los trabajadores. En 1908, el inglés Thomas Oliver escribió *Ocupaciones peligrosas y Enfermedades propias de los Oficios*; importante legado a través del cual la medicina laboral pudo difundirse por todo el mundo (Arias Gallegos, 2012).

En 1919 fue fundada la Organización Internacional del Trabajo (OIT), organismo especializado de las Naciones Unidas en el que representantes de los gobiernos, trabajadores y empresarios trabajan por la causa de la justicia social y la mejora de las condiciones de vida y de trabajo en todo el mundo. Para mejorar la seguridad, la salud y el bienestar de los trabajadores, se estableció el Comité conjunto de Salud Ocupacional OIT/OMS en 1950. Entre sus bases fundamentales desde su creación hasta el siglo actual, están tanto la protección de la salud como la promoción de la salud en el Trabajo, como quedó vigente en el Plan Global de Acción para la Salud de los Trabajadores del año 2007 (Organización Mundial de la Salud, 2010).

1.2. Contextualización de enfermedad profesional

La OIT considera que el término enfermedad profesional designa toda enfermedad contraída por la exposición a factores de riesgo que resulte de la actividad laboral (Organización Internacional del Trabajo, 2002)

En España, la Seguridad Social fija como contingencias profesionales aquellos sucesos que tienen su origen en el desarrollo de una actividad laboral, y que producen alteraciones de la salud que tengan la consideración de accidente de trabajo o de

Introducción

enfermedad profesional. A diferencia de las contingencias comunes, que engloban las enfermedades comunes y los accidentes no laborales.

El texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS), aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, fue derogado con el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la LGSS, y define en el artículo 157, expuesto a continuación el concepto de enfermedad profesional (Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2015). Anteriormente este concepto fue definido de igual manera que en la legislación de LGSS de los años 1974 y 1994, como se desarrolla más adelante, en el apartado 1.1.3. (Jefatura de Estado, 1994).

Artículo 157. Concepto de enfermedad profesional.

“Se entenderá por enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional. En tales disposiciones se establecerá el procedimiento que haya de observarse para la inclusión en dicho cuadro de nuevas enfermedades profesionales que se estime deban ser incorporadas al mismo. Dicho procedimiento comprenderá, en todo caso, como trámite preceptivo, el informe del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad”.

El cuadro al que se refiere dicho artículo, está recogido en el Real Decreto (RD) 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el nuevo cuadro de enfermedades profesionales, al tiempo que se dictan reglas para la actualización de las mismas y para la declaración y notificación de tales enfermedades, con el propósito de evitar o, cuando menos, reducir la incidencia de la infradeclaración de este tipo de patologías (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006)

Para poder calificar una enfermedad como profesional, tal como indica la Ley, han de darse tres requisitos, representados en la Figura 1 y explicados a continuación:

- Que la enfermedad sea contraída como consecuencia del trabajo.

Introducción

- Que la enfermedad contraída a consecuencia de la actividad que se ejecute, esté especificada en el cuadro de Enfermedades Profesionales aprobado en el Real Decreto 1299/2006, de 10 de Noviembre (publicado en el Boletín Oficial del Estado (BOE) de 19 de Diciembre de 2006).
- Que la enfermedad esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en el cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional.



Figura 1. Relación de condiciones para calificar la enfermedad profesional. Fuente: LGSS (Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2015)

La definición anterior, se refería exclusivamente a los trabajadores por cuenta ajena, pero a partir del RD 1273/2003, los trabajadores del Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA), Régimen Especial Agrario (REA), Régimen Especial de la Minería del Carbón (REMC) y Régimen Especial de los Trabajadores del Mar (RETMAR) se les permite incluir voluntariamente la cobertura de contingencias profesionales en su Régimen. El Régimen Especial de Trabajadores de Hogar fue incluido más tarde en con el RD 1596/2011, de 4 de noviembre, por el que se desarrolla la disposición adicional quincuagésima tercera de la Ley General de la Seguridad Social, texto refundido aprobado por el RD legislativo 1/1994, de 20 de junio, en relación con la extensión de la acción protectora por contingencias profesionales a los

Introducción

trabajadores incluidos en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Empleados de Hogar (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2003). En caso de que los trabajadores Autónomos no opten por la cobertura de contingencias profesionales, se actuaría como si se tratase de una contingencia común.

Dentro de la definición de contingencias profesionales, también se engloba la definición de accidente de trabajo, definido en el artículo 156 de la LGSS como “*toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo*” (Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2015).

Además, en el referido artículo 156, en el apartado 2e) se recoge que *se considerarán accidentes de trabajo, aquellas enfermedades no incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales pero que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa la ejecución del trabajo* y en el apartado 2f) *las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente*.

Existen una serie de factores determinantes en la enfermedad profesional, expuestos en la Figura 2. Sobre estos factores, actúa la prevención de riesgos laborales (Falagán Rojo, Canga Alonso, Ferrer Piñol & Fernández Quintana, 2000).

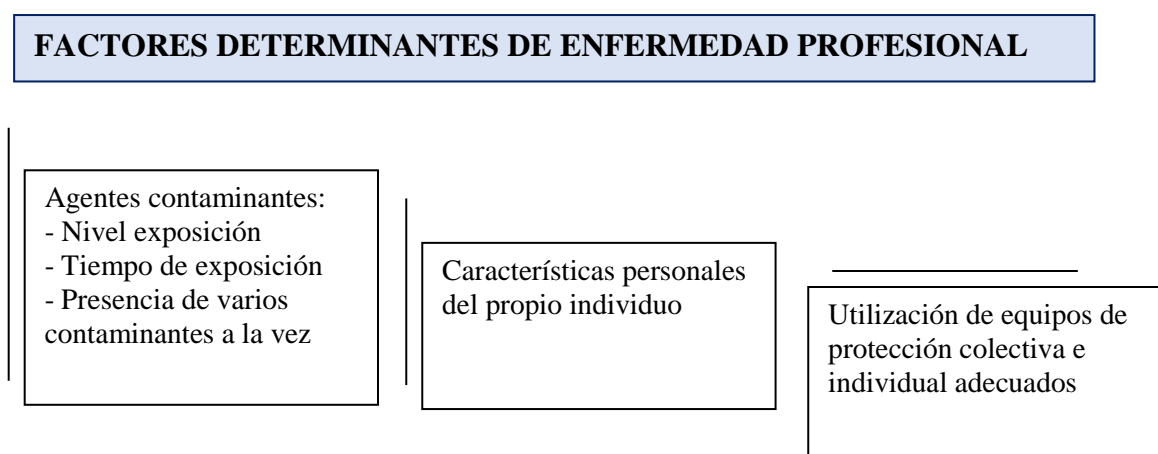


Figura 2. Factores determinantes de la enfermedad profesional. Fuente: Manual Básico de Prevención de Riesgos Laborales: Higiene Industrial, Seguridad y Ergonomía. (Falagán Rojo et al, 2000)

Introducción

1.3.- Marco legislativo

1.3.1.- Normativa Internacional. Normativa Europea

Las normas internacionales del trabajo de la OIT son dictadas por la Conferencia Internacional del Trabajo en las que participan los Estados Miembros y las organizaciones de empleadores y de trabajadores.

Esta normativa se divide en:

- Convenios: tratados internacionales legalmente vinculantes que pueden ser ratificados por los Estados Miembros. Si un país ratifica un convenio debe aplicarlo promulgando la legislación pertinente o adopción de otras medidas, incluida la ratificación, entendida como “procedimiento formal a través del cual los Estados aceptan el convenio como un instrumento legalmente vinculante”
- Recomendaciones: directrices no vinculantes, normalmente están relacionadas con algún convenio, aunque también puede que no lo estén.

La OIT ha establecido normas que tratan específicamente de la seguridad y la salud en el trabajo, estableciendo el principio de protección de los trabajadores respecto de las enfermedades y de los accidentes del trabajo.

Respecto a las enfermedades profesionales la OIT ha adoptado diferentes Convenios, entre ellos los números 18, 42 y 121. Los dos primeros, fueron ratificados por el Estado Español. En ellos, se recoge el cuadro del listado de enfermedades profesionales. En el primero, que data de 1925, se recogen sólo 3 enfermedades profesionales, la intoxicación producida por plomo, la producida por el mercurio y la infección carbuncosa. La lista de enfermedades profesionales elaboradas por la OIT, supone el patrón a seguir por todos los Estados Miembros y cada Estado puede adoptar un sistema o modelo para establecer la existencia de una enfermedad profesional. Los modelos establecidos por la OIT son (García Coca, 2013):

- Sistema de lista: para considerarse una enfermedad como enfermedad profesional tiene que estar recogida en una lista, que además la relaciona con sustancias y profesiones en las que pueda desarrollarse.

Introducción

- Sistema abierto: consiste en que toda enfermedad, que se prueba legalmente relacionada con el trabajo, será considerada como enfermedad profesional.
- Sistema mixto: se establece una lista de enfermedades profesionales pero que además, se podrían reconocer como tales aquellas en las que se pruebe una relación con el trabajo.

En el caso de España, si bien tiene un sistema de lista cerrada, cuando se puede establecer una relación causal entre la exposición laboral y una enfermedad que no esté recogida en el cuadro de enfermedades profesionales, dicha enfermedad puede ser legalmente reconocida como accidente de trabajo, acorde con el los artículo 156 2e) y 156 2f) de la LGSS, como hemos visto anteriormente.

En 2002, fue adoptada la Recomendación 194 por la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo, sobre la lista de enfermedades profesionales y el registro y notificación de accidentes del trabajo y enfermedades, en la que se cita textualmente, *“la necesidad de mejorar los procedimientos de identificación, registro y notificación de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, con el fin de determinar sus causas, establecer medidas preventivas, promover la armonización de los sistemas de registro y notificación y mejorar el proceso de indemnización en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales”*.

En el punto 6 de esta Recomendación, se indica que todos los Estados Miembros deberían proporcionar anualmente estadísticas exhaustivas sobre los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales (Organización Internacional del Trabajo, 2002).

En 2010, fue revisada la lista publicada en 2002, y se aprobó una nueva lista por el Consejo de Administración de la OIT, en la que se siguen recogiendo las enfermedades causadas por agentes químicos, físicos y biológicos, enfermedades respiratorias y de la piel, trastornos musculares y cáncer profesional. La novedad más importante es que figuran los trastornos mentales y del comportamiento por primera vez. Aunque sólo figura el trastorno de estrés postraumático y se deriva a la legislación de cada país su reconocimiento, si se establece relación entre la actividad laboral y el trastorno mental o de comportamiento (Organización Internacional del Trabajo, 2010).

Introducción

Sobre la normativa Europea, su objetivo es establecer los principios concordantes en las legislaciones de los Estados Miembros a través de las Directivas. La Directiva es un instrumento jurídico que tiene como destinatarios a los Estados Miembros de la Unión Europea, obligándolos en cuanto al resultado que deben conseguir en un determinado plazo, pero con libertad en la incorporación a los respectivos derechos nacionales.

La seguridad y salud de los trabajadores es un tema prioritario en la Unión Europea (UE) y de ahí que estableciera la Directiva marco sobre salud y seguridad en el trabajo (Directiva 89/391 CEE), adoptada en 1989, en la todavía entonces Comunidad Económica Europea. La Directiva garantiza unos requisitos mínimos en materia de salud y seguridad en toda Europa y, al mismo tiempo, permite a los Estados miembros mantener esos mínimos o establecer medidas más restrictivas (Moreno Pimentel, 2015).

La Recomendación 2003/670/CE, relativa a la lista europea de enfermedades profesionales, sustituye a la Recomendación 90/326/CEE, de 22 de mayo de 1990, debido a los progresos técnicos y científicos conseguidos. Esta lista, redactada en 2 anexos, modifica el anexo 1 del listado de enfermedades profesionales reconocidas científicamente y el anexo 2, que contiene la lista complementaria con las enfermedades que en un futuro se pueden reconocer como profesionales.

En esta Recomendación, se señala la necesidad de la mejorar la prevención en enfermedades profesionales y sensibilizar al personal sanitario para un adecuado diagnóstico (Consejo Europeo. Unión Europea, 2003). La mayoría de los países europeos tienen una lista similar a la Recomendación. La UE aconseja seguir el sistema mixto

La estructura de la lista internacional y la europea es muy similar, estableciendo grupos y el agente causal. En España, varía que las enfermedades causadas por agentes carcinogénicos, están descritas en un grupo aparte.

En algunos países, la misma lista también puede utilizarse como base para un sistema de referencia estadística o un sistema de notificación (Carder, Bensefa Colas, Mattioli, Noone, Stikova, Valenty & Telle Lamberton, 2015).

Introducción

El grado de exhaustividad de las listas varía en función del país, por el ejemplo Suiza tiene una breve lista de enfermedades, Suecia no tiene lista, pero sí seguro específico para las contingencias profesionales, Holanda e Islandia no tienen ni seguro ni lista porque consideran de igual manera las enfermedades labores que las comunes. Otros como Francia, Italia, Portugal y España tienen una lista de enfermedades con criterios obligatorios o indicativos para su reconocimiento (European Commission, 2013).

En el Marco estratégico de la UE en materia de salud y seguridad en el trabajo, entre los retos y objetivos establecidos se encuentran mejorar la prevención de enfermedades relacionadas con el trabajo en base a los riesgos existentes y emergentes, así como reforzar la coordinación entre las diferentes organizaciones internacionales, OIT, OMS y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y socios, con el fin de reducir las enfermedades profesionales y mejorar las condiciones de trabajo en todo el mundo (European Commission , 2014).

1.3.2.- Normativa Nacional

El Gobierno Español se encarga de la normativa de la seguridad y salud de los trabajadores.

Históricamente, en España, la primera norma sobre enfermedades profesionales fue la Ley de Bases de Enfermedad Profesional, de 13 de julio de 1936, con un listado de 21 enfermedades, resultado de la ratificación del Convenio número 18 de la OIT sobre indemnización de enfermedades profesionales de 1925. Hasta ese momento no existía normativa en relación a las enfermedades profesionales, sino que se vinculaban con los accidentes de trabajo, legislados en la Ley de Accidentes de Trabajo de 31 de enero de 1900. En 1941, la Orden del Ministerio de Trabajo de 7 de marzo, instauró el seguro para protección de la silicosis, enfermedad profesional de los mineros. Pero verdaderamente, la protección sobre enfermedades profesionales no fue establecida hasta el RD de 10 de enero de 1947 y su reglamento de 19 de julio de 1949.

La Orden de 9 de mayo de 1962, aprueba el reglamento del Decreto 792/1961, de 13 de abril, por el que se organiza el aseguramiento de las enfermedades profesionales y la obra de grandes inválidos y huérfanos de fallecidos por accidentes de

Introducción

trabajo y enfermedades profesionales, y reordenaron el Seguro de Enfermedad Profesional (Cavas Martínez et al, 2010).

El texto refundido de la Ley de la Seguridad Social de 1974 estableció la definición de enfermedad profesional de igual manera que el Texto Refundido de la Seguridad Social de 1994 en su artículo 116 (Jefatura de Estado, 1994).

Artículo 116. Concepto de la enfermedad profesional. Se entenderá por enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional. En tales disposiciones se establecerá el procedimiento que haya de observarse para la inclusión en dicho cuadro de nuevas enfermedades profesionales que se estime deban ser incorporadas al mismo. Dicho procedimiento comprenderá; en todo caso, como trámite preceptivo, el informe del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Como ya hemos visto en el apartado 1.2, el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, fue derogado con el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la LGSS, y se define de igual manera el concepto de enfermedad profesional.

El artículo 18.9 de la Ley General de Sanidad (Jefatura de Estado, 1986) establece la *protección, promoción y mejora de la salud laboral* a través de los Servicios de Salud y Órganos competentes de las Administraciones Públicas.

La protección de la salud de los trabajadores a través de la prevención de riesgos en el trabajo queda establecida con la Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales (Jefatura de Estado, 1995), transposición al derecho español de la normativa europea 89/391/CEE relativa a la aplicación de las medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo, que contiene el marco jurídico general en el que opera la política de prevención comunitaria. También derivada de la ratificación de España del Convenio 155 de la OIT, sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo, tal y como se esclarece en la

Introducción

exposición de motivos de dicha ley, así como el principio de la Constitución Española, que en el artículo 40.2, encomienda a los poderes públicos, como uno de los principios rectores de la política social y económica, velar por la seguridad e higiene en el trabajo.

A partir de esta Ley se ha desarrollado el marco legal necesario para desarrollar las medidas preventivas. La Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) tiene como objetivo fundamental la eliminación o disminución de los riesgos derivados del trabajo y, por tanto, la protección de la salud de los trabajadores (Jefatura de Estado, 1995)

En su artículo 6.1.g) establece que el Gobierno, a través de las correspondientes normas reglamentarias y previa consulta a las organizaciones sindicales y empresariales más representativas, regulará: el procedimiento de calificación de enfermedades profesionales, así como requisitos y procedimientos para la comunicación e información a la autoridad competente de los daños derivados del trabajo.

El artículo 23, sobre documentación, obliga al empresario a elaborar y conservar la relación de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales que hayan causado al trabajador una incapacidad laboral superior de un día de trabajo y a notificar a la autoridad laboral por escrito los daños para la salud de los trabajadores con motivo del desarrollo de su trabajo.

En desarrollo de la LPRL surgen los siguientes Reglamentos específicos en base a determinados riesgos sobre los que están expuestos los trabajadores:

- RD 487/1997, de 14 de abril, sobre Manipulación Manual de Cargas
- RD 488/1997, de 14 de abril, sobre pantallas de Visualización de Datos
- RD 664/1997, de 12 de mayo sobre Agentes Biológicos
- RD 665/1997, de 12 de mayo, sobre agentes cancerígenos modificado por el RD 1124/2000, de 16 de junio, a su vez modificado por el RD 349/2003, de 21 de marzo, que amplía su ámbito de aplicación a agentes mutágenos
- RD 374/2001, de 6 de abril, de Agentes Químicos
- RD 783/2001, de 6 de julio, de Radiaciones Ionizantes.
- RD 286/2006, de 10 de marzo, sobre exposición al ruido

Introducción

- RD 396/2006, de 31 de marzo, sobre el amianto

Anteriores a la LPRL, ya se había regulado los riesgos sobre amianto y ruido con la Orden de 31 de octubre de 1984 por la que se aprueba el Reglamento sobre trabajos con riesgo de amianto y RD 1316/1989, de 27 de octubre sobre Ruido.

El cuadro de enfermedades profesionales al que se refiere el art. 116 LGSS venía recogido en el RD 1995/1978, de 12 de mayo, que fue objeto de modificación parcial por el RD 2821/1981, de 27 de noviembre, para incorporar el carbunco como enfermedad profesional en la actividad de carga, descarga o transporte de mercancías (Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, 1978).

Toda esta regulación fue derogada y sustituida, por el RD 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el nuevo cuadro de enfermedades profesionales, al tiempo que se dictan reglas para la actualización de las mismas y para la declaración y notificación de tales enfermedades, con el propósito de evitar o, cuando menos, reducir la incidencia de la infradeclaración de este tipo de patologías (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006).

En este RD se establece el cuadro de enfermedades profesionales en el anexo 1 y el anexo 2, la lista complementaria de enfermedades cuyo origen profesional se sospecha, y cuya inclusión en el anexo 1 podría contemplarse en el futuro. En relación al anterior RD, se amplía y se define mejor la lista. Se incluyen nuevos agentes químicos, físicos y biológicos, introduce un grupo específico para cánceres, como se resume en la Tabla 1 y se define un nuevo sistema de notificación telemático para mejorar los procesos de notificación y tramitación de enfermedades profesionales y enfermedades relacionadas con el trabajo, que se desarrollarán en el apartado 1.6.1.

Introducción

RD 1995/1978	RD 1299/2006
<i>EEPP causadas por los agentes químicos</i>	Anexo 1. Cuadro de enfermedades profesionales <i>Grupo 1: EEPP causadas por agentes químicos</i>
<i>EEPP de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados</i>	<i>Grupo 2: EEPP causadas por agentes físicos</i> <i>Grupo 3: EEPP causadas por agentes biológicos</i>
<i>EEPP provocadas por la inhalación de sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados</i>	<i>Grupo 4: EEPP causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados</i>
<i>EEPP infecciosas y parasitarias</i>	<i>Grupo 5: EEPP de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados</i>
<i>EEPP producidas por agentes físicos</i>	<i>Grupo 6: EEPP causadas por agentes carcinogénicos</i>
<i>Enfermedades Sistémicas</i>	Anexo 2. Lista complementaria de enfermedades cuyo origen profesional se sospecha y cuya inclusión en el cuadro de enfermedades profesionales podría contemplarse en el futuro

Tabla 1 Clasificación de enfermedades profesionales (EEPP). Fuente: RD 1995/1978 y RD 1299/2006 (Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, 1978; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006)

Se establece una conexión entre enfermedad, agente y actividad. En algunos apartados del mismo se identifican todas y cada una de las actividades con riesgo de producir enfermedades profesionales, y en otros, las descripciones de actividades es orientativo

Existe una modificación reciente del RD 1299/2006 con el RD 1150/2015 en el que debido a la evidencia científica existente, una enfermedad del listado del anexo 2, se incluye en el anexo 1:

Introducción

“A tales efectos, se incluye en el anexo 1, cuadro de enfermedades profesionales (codificación), grupo 6, dentro de las enfermedades profesionales causadas por agentes carcinógenos y, en concreto, por el amianto un nuevo subagente, el cáncer de laringe, enumerándose asimismo las principales actividades asociadas a ese subagente. Por su parte, del anexo 2, lista complementaria de enfermedades cuyo origen profesional se sospecha y cuya inclusión en el cuadro de enfermedades profesionales podría contemplarse en el futuro (codificación), se suprime el cáncer de laringe producido por la inhalación de polvo de amianto, ya que pasa a incluirse en el citado anexo 1, procediéndose asimismo a la nueva numeración del grupo 6 del anexo 2” (Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2015)

En la Orden TAS/1/2007, de 2 de enero, se establece el modelo de parte de enfermedad profesional, se dictan normas para su elaboración y transmisión y se crea el fichero de datos personales. En su artículo 4 establece que, a través de la aplicación informática de *Comunicación de enfermedades profesionales de la Seguridad Social*, (CEPROSS) se cumplimenta y se tramita el parte de enfermedad profesional (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2007).

Por otra parte, la Orden TIN 1448/2010, de 2 de junio, en la disposición adicional tercera crea el fichero de datos personales de la aplicación informática *Comunicación de patologías no traumáticas causadas por el trabajo* (PANOTRATSS) (Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2010).

Por tanto, la enfermedad profesional está contemplada en el marco sanitario para su asistencia y tratamiento; en el marco normativo de la Seguridad Social, que la define y establece sus prestaciones y en la normativa sobre prevención de riesgos laborales, que trata de evitarla.

Introducción

1.4.-Instituciones y Organismos para la Seguridad y Salud Laboral

A continuación, en la Tabla 2 se recogen de manera esquemática los principales organismos nacionales e internacionales para la Seguridad y Salud Laboral (Comunidad de Madrid, 2017)

	Nombre/web	Funciones
ORGANISMOS INTERNACIONALES	Organización Mundial de la Salud (OMS)/ World Health Organization (WHO) http://www.who.int/es/	Organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), constituido el 7 de abril de 1948, encargado del desarrollo de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial en todas sus disciplinas, entre ellas, la salud ocupacional.
	Organización Internacional del Trabajo (OIT)/ International Labour Organization (ILO) http://www.ilo.org/global/lan-g-es/index.htm	Agencia 'tripartita' de la ONU, reúne a gobiernos, empleadores y trabajadores a fin de establecer las normas del trabajo, formular políticas y elaborar programas promoviendo el trabajo decente de todos, mujeres y hombres.
	Centro Internacional de Información sobre Seguridad y Salud en el Trabajo (CIS) http://www.ilo.org/safework/cis/lang-en/index.htm	CIS es el centro de información y gestión de conocimientos del Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo y Medio Ambiente - SafeWork. Su objetivo es ofrecer información relevante para ayudar a prevenir los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales. El CIS se dedica a evaluar la literatura mundial en la materia y en la actualidad cuenta para ello con la participación de unos 150 Centros Nacionales y Colaboradores en el ámbito nacional y regional. El Centro Nacional integrante de la Red en España es el Instituto Nacional de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo.
	Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS) http://www.issa.int/	Es la principal institución internacional que reúne organismos e instituciones de seguridad social. La misión de la AISS es promover una seguridad social dinámica como dimensión social de un mundo en proceso de globalización, a través del fomento de la excelencia en la administración de la seguridad social.
	Finnish Institute of Occupational Health (FIOH) https://www.ttl.fi/	El Instituto Finlandés de Salud Ocupacional proporciona formación en salud y seguridad laboral y consultoría en inglés en todo el mundo

Introducción

	Nombre/web	Funciones
INSTITUCIONES EUROPEAS	<p>Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo/ European Agency for Safety & Health at work (EU-OSHA) https://osha.europa.eu/es</p> <p>Fundación Europea para la mejora de las condiciones de vida y trabajo https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/eurofound_es</p>	<p>La EU-OSHA se ocupa de que los lugares de trabajo europeos sean más seguros, saludables y productivos en beneficio de las empresas, los empleados y las administraciones. Fomenta una cultura de la prevención de riesgos para mejorar las condiciones de trabajo en Europa. Sede en Bilbao.</p> <p>La Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de vida y de Trabajo (Eurofound) ofrece conocimientos y resultados basados en la investigación para contribuir a desarrollar políticas sociales y laborales para mejorar las condiciones de vida y de trabajo en Europa</p>
ORGANISMOS NACIONALES	<p>Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) http://www.insht.es/portal/site/Insht</p> <p>Son órganos del I.N.S.H.T.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La Dirección General del Instituto ubicada en Madrid, quien, a su vez, ejerce la Secretaría de la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. - Los Centros Nacionales de Seguridad e Higiene en el Trabajo: - El Centro Nacional de Condiciones de Trabajo (Barcelona). - El Centro Nacional de Medios de Protección (Sevilla). - El Centro Nacional de Verificación de Maquinaria (Vizcaya). - El Centro Nacional de Nuevas Tecnologías (Madrid). - Los Gabinetes Técnicos Provinciales de Ceuta y Melilla. 	<p>Es el órgano científico técnico especializado de la administración general del estado que tiene como misión el análisis y estudio de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo, promoción y mejora de las mismas.</p> <p>Asesoramiento en normativa legal de prevención de riesgos laborales</p> <p>Formación - Información - Investigación, estudio y divulgación. Secretaría General de la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apoyo técnico y colaboración con la Inspección de Trabajo y Seguridad Social - Centro de referencia nacional respecto a la Agencia Europea para La Seguridad y Salud en el Trabajo - Desarrollo de programas de cooperación con Organismos Internacionales - Velar por la coordinación de actividades relativas a la prevención entre Administraciones Publicas y Comunidades Autónomas.

Introducción

	Nombre/web	Funciones
ORGANISMOS NACIONALES	Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (CNSST) http://www.insht.es	Es el órgano colegiado asesor de las Administraciones Públicas en la formulación de las políticas de prevención en lo referente a: - Criterios y programas generales de actuación. - Proyectos de disposiciones de carácter general. - Coordinación de las actuaciones desarrolladas por las administraciones públicas competentes en materia laboral. Coordinación entre las administraciones públicas competentes en materia laboral, sanitaria y de industria. Se constituye con representantes de las Comunidades Autónomas, la Administración General del estado, Organizaciones Sindicales y Empresariales.
	Inspección de Trabajo y Seguridad Social http://www.empleo.gob.es/its/web/index.html	Le corresponde la función de vigilancia y control de la normativa sobre prevención de riesgos laborales. Sus funciones son: - Vigilancia del cumplimiento de: Normativas - Normas jurídico-técnicas Propuestas de sanción - Asesorar e informar a empresas y trabajadores. - Informes sobre accidentes y enfermedades profesionales al Juzgado de lo Social. - Informar sobre accidentes y enfermedades profesionales mortales, graves y muy graves a la Autoridad Laboral. - Comprobar y favorecer el cumplimiento de las obligaciones asumidas por los Servicios de Prevención. Paralización inmediata de trabajos en que se advierta riesgo grave e inminente. - Colaboración pericial.

Tabla 2. Relación de Organismos e Instituciones para la prevención de riesgos laborales Fuente: Comunidad de Madrid. Información práctica (Comunidad de Madrid, 2017)

Además de todos estos Organismos e Instituciones, en las Comunidades Autónomas (CCAA), existen Institutos para la Prevención de Riesgos y Salud Laboral. En el caso de Madrid, destaca el Instituto Laboral de la Comunidad de Madrid, organismo de Solución Extrajudicial de Conflictos Laborales creado mediante acuerdo Interprofesional entre las Uniones Sindicales de Madrid de CC.OO., U.G.T. y CEIM, Confederación Empresarial de Madrid-CEOE. En 2006, fue creado el Observatorio para

Introducción

la prevención de riesgos laborales de la Comunidad de Madrid, como órgano consultor y de asesoramiento, compuesto por representantes de la Comunidad de las diferentes Consejerías, con competencias en materia de seguridad y salud (Comunidad de Madrid, 2009).

El Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo (IRSST), es un Organismo Autónomo de la Comunidad de Madrid, entre cuyas principales funciones están (Comunidad de Madrid, 1998):

- * Análisis e investigación de las causas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, y confección de estudio y estadísticas, en la Comunidad de Madrid.

- * Elaborar las informaciones y datos estadísticos sobre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y demás daños derivados de las condiciones de trabajo para su evaluación.

Por último, también existe el Servicio de Salud Laboral de la Dirección General de Salud Pública, cuyas actuaciones están dirigidas a la protección, promoción y mejora de la salud de la población trabajadora en la Comunidad de Madrid, según lo dispuesto en la Ley 12/ 2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM). Este organismo tiene diferentes líneas de actuación, entre las que se encuentran (Comunidad de Madrid, 2017):

- Vigilancia epidemiológica de la salud laboral. Colaboración y apoyo científico-técnico con las diferentes Administraciones y Servicios de Prevención entre otros.
- Desarrollo de varios programas, entre los cabe destacar el de formación del personal sanitario del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), en el diagnóstico de enfermedades profesionales

Introducción

1.5.- Prevalencia de Enfermedades Profesionales en España

1.5.1.- Informe CEPROSS Y PANOTRATSS

Como ya hemos visto anteriormente en el apartado 1.3.2, el sistema CEPROSS nace a partir del RD 1299/2006 (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006) y de la Orden TAS/1/2007 (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2007) para la notificación y transmisión de enfermedades profesionales. Más adelante, la Resolución de 19 de septiembre de 2007, resuelve que también se deberán remitir todos aquellos expedientes al Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) que se resuelvan sin considerar como enfermedad profesional por parte de las Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social, aunque pueda haber indicios de ello, para considerar toda la información causante en caso de reclamaciones (Secretaría de Estado, 2007).

La principal finalidad del sistema CEPROSS es recoger de manera correcta los datos sobre enfermedades profesionales para que puedan estar al alcance de las diferentes instituciones y organizaciones, así como de la Inspección de Trabajo y la Seguridad Social, y facilitar las tareas en materia de salud y seguridad en el trabajo.

Por otra parte, el sistema PANOTRATSS es la base de datos que recoge las patologías no traumáticas causadas por el trabajo, es decir, que no están incluidas en la lista de enfermedades profesionales, pero que están relacionadas con la ejecución del mismo. Esta base de datos recogerá las enfermedades no incluidas en la lista de enfermedades profesionales que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo y aquellas enfermedades padecidos anteriormente por el trabajador, agravados por una lesión constitutiva de accidente (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006; Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2010). En la Tabla 3 se recoge el listado de patologías no traumáticas que eventualmente pudieran tener una relación con el trabajo (Secretaría de Estado de la Seguridad Social, 2015).

Introducción

Categorías	Patologías
01.Enfermedades infecciosas y parasitarias	b, Otras enfermedades víricas n, Otras enfermedades infecciosas y parasitarias
02.Neoplasias	n, Neoplasias
03.Enfermedades de la sangre y del sistema inmunológico	a, Coagulopatías y otras enfermedades de la sangre y órganos relacionados n, Otras enfermedades de la sangre y del sistema inmunológico
04.Enfermedades endocrinas	a, Trastorno del metabolismo n, Otras enfermedades endocrinas
05.Desórdenes mentales	a, Desórdenes afectivos b, Trastornos fóbicos y neuróticos n, Otros desórdenes mentales
06.Enfermedades del sistema nervioso central y periférico	a, Enfermedades agudas del sistema nervioso central e, Trastornos localizados de los nervios f, Neuropatías y polineuropatías
07.Enfermedades de los sentidos	a, Alteraciones de la visión y ceguera b, Afecciones de la conjuntiva c, Afecciones de la esclerótica, córnea, iris y cuerpos filiares e, Afecciones del interior del ojo y de la retina h, Alteraciones de la visión y ceguera i, Enfermedades del oído medio j, Enfermedades del oído interno k, Otras enfermedades del oído n, Otras enfermedades de los sentidos
09.Enfermedades del sistema cardiocirculatorio	a, Enfermedad cardíaca isquémica b, Enfermedades de la circulación pulmonar c, Otras enfermedades cardíacas d, Enfermedades de la circulación cerebral e, Enfermedades de las venas y de los vasos linfáticos f, Otras enfermedades del sistema circulatorio
10.Enfermedades del sistema respiratorio	a, Enfermedades infecciosas del tracto respiratorio superior b, Otras enfermedades de las vías respiratorias altas c, Enfermedades crónicas de las vías respiratorias d, Enfermedades pulmonares debidas a sustancias extrañas e, Otras enfermedades de la pleura
11.Enfermedades del sistema digestivo	a, Enfermedades de la boca y de los dientes b, Hernias n, Otras enfermedades del sistema digestivo
12.Enfermedades de la piel	a, Infecciones de la piel y subcutáneas e, Urticaria y eritema f, Enfermedades de la piel y subcutáneas debidas a agentes externos g, Enfermedades de los órganos accesorios de la piel h, Otras enfermedades de la piel
13.Enfermedades del aparato locomotor	c, Enfermedades de la columna vertebral y de la espalda e, Osteopatías y condropatías n, Otras enfermedades del aparato locomotor
14.Enfermedades del sistema genitourinario	a, Enfermedades del aparato genital masculino
18.Síntomas y observaciones clínicas o de laboratorio anormales no clasificados en otras parte	n, Otros síntomas y observaciones clínicas o de laboratorio anormales no clasificados en otra parte
19.Lesiones,heridas,intoxicaciones y otros factores externos	c, Lesiones por otras causas externas n, Otras lesiones, heridas, intoxicaciones y otros factores externos
23.Factores que afectan el estado sanitario	a, Exámenes en personas potencialmente expuestas a enfermedades infecciosas o parasitarias

Tabla 3. Patologías no traumáticas que pudieran tener una relación con el trabajo Art 156. 2e) y 2f) de la LGSS. Fuente: (Secretaría de Estado de la Seguridad Social, 2015)

Introducción

Cada categoría y patología tiene asignada una serie de diagnósticos con la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, entre los que hay que seleccionar. No obstante, el sistema permite introducir otro CIE-10 diferente cuando lo consideren necesario los servicios médicos.

Todos los datos estadísticos de las comunicaciones de enfermedades profesionales y aquellas relacionadas con el trabajo se publican a través del portal de la Seguridad Social, a través del Observatorio de enfermedades profesionales. En él, podemos encontrar sobre las enfermedades profesionales: partes comunicados, partes cerrados, índices de incidencia y sistemas de alerta; y los partes comunicados de patologías no traumáticas.

El sistema de alerta, facilita localizar diferentes focos de siniestralidad teniendo en cuenta la distribución de las enfermedades profesionales, el tamaño de la empresa y número de trabajadores, y en el caso de que una misma enfermedad del grupo 6 (enfermedades causadas por agentes carcinogénicos) ocurriera en un mismo centro de trabajo.

Los informes estadísticos anuales CEPROSS-PANOTRATSS, representan los análisis realizados sobre los trabajadores afiliados con las contingencias profesionales cubiertas en los distintos Regímenes de la Seguridad Social, en base a las variables más importantes como sexo, edad, código nacional de actividades económicas (CNAE), código nacional de ocupaciones (CNO), CCAA, tipo de enfermedad y agente causante (Secretaría de Estado de la Seguridad Social, 2015)

El último informe publicado en marzo de 2016, sobre los datos de 2015, confirman que se registraron en España 26636 enfermedades causadas por el trabajo, de las que 19.138 fueron enfermedades profesionales y 5498 patologías no traumáticas causadas por el trabajo, comparándolo con los datos del año anterior ha habido un incremento considerable ya que en 2014 fueron 17.260 enfermedades profesionales. Sin embargo, si realizamos una comparativa de estos datos, observando los datos de la Figura 3 y Figura 4, existe un descenso en el número de enfermedades profesionales declaradas a partir del 2006.

Introducción

En el año 2012 fue cuando menos enfermedades profesionales se declararon, años coincidentes con la mayor tasa de paro de España según datos de la Encuesta de Población Activa (EPA) del Instituto Nacional de Estadística (INE), datos reflejados en la Figura 5, motivado por la crisis económica a nivel mundial que repercutió de gran manera a España, después del boom inmobiliario acontecido a principios del siglo XXI. (Santos Ortega & Martín Martín, 2012; Daher, 2013).

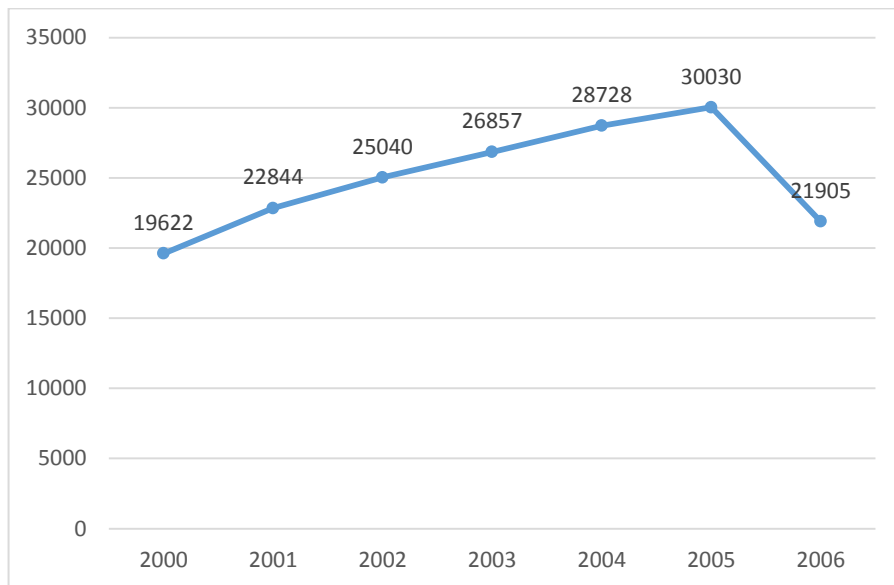


Figura 3. Evolución de EEPP declaradas entre 2000-2006. Fuente: Ministerio de Empleo y Seguridad Social <http://www.empleo.gob.es/es/estadisticas/contenidos/anuario.htm>

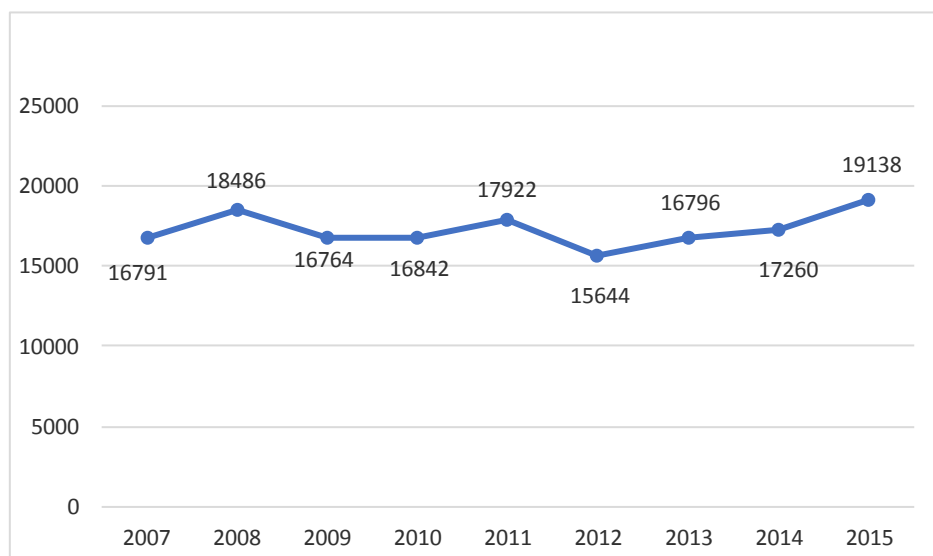


Figura 4. Evolución de EEPP declaradas entre 2007-2015. Fuente: Observatorio de enfermedades profesionales (Secretaría de Estado de la Seguridad Social, 2015)

Introducción

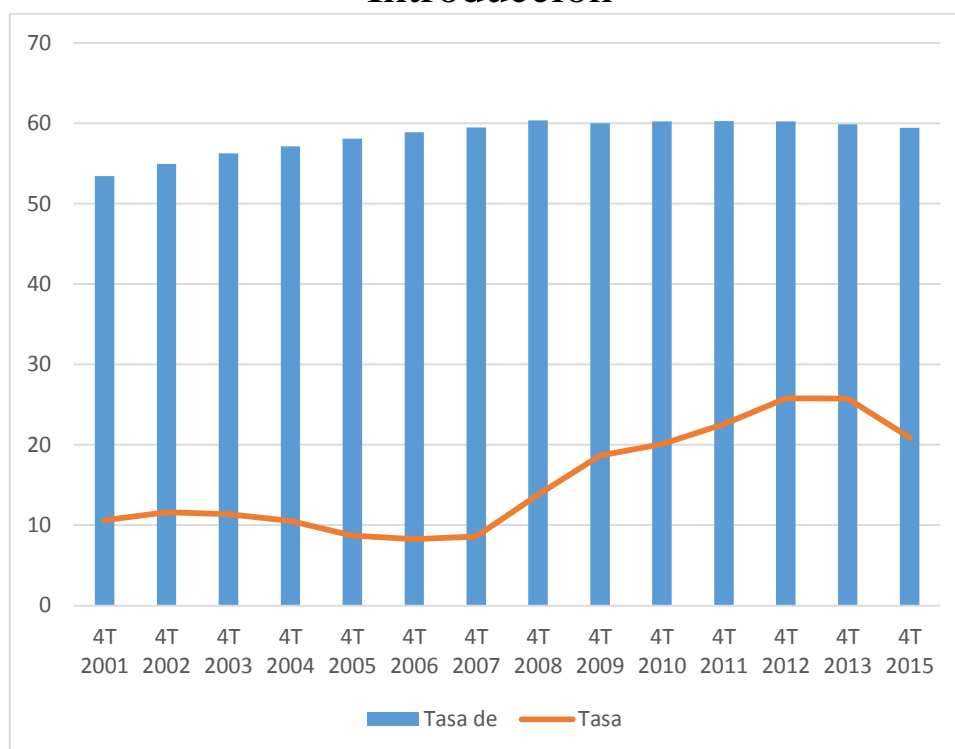


Figura 5. Índice de tasa de actividad y tasa de paro en el 4ª Trimestre (4T) de los años 2001-2015. Fuente: EPA (Instituto Nacional de Estadística, 2017)

1.5.2.- El cáncer laboral

El cáncer es una de las principales causas de muerte en el mundo. El origen del cáncer puede ser multifactorial, relacionado con factores genéticos, raza, sexo, hábitos de vida, contaminación ambiental y exposición laboral entre otros.

En España, es la segunda causa de muerte, después de las enfermedades cardiovasculares, existen diferentes registros de incidencia del cáncer, entre ellos, la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), datos de mortalidad del INE y los datos de supervivencia de los registros españoles participantes en el proyecto European Cancer Registry Based Study on Survival and Care of Cancer Patients (EUROCARE) (REDECAN, 2014).

Los estudios científicos, relativos a la actividad carcinogénica de las sustancias químicas, han aumentado considerablemente en las últimas décadas.

El Centro Internacional de Investigación sobre el Cáncer (CIRC) ó Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer, en inglés, International Agency for Research on Cancer (IARC), es la agencia perteneciente a la OMS que dirige y coordina todas las investigaciones sobre el cáncer. España, es miembro de ella junto con otros 20

Introducción

países. Su sede está en Lyon. Lleva realizando investigaciones desde 1971 sobre aproximadamente 900 sustancias, de las que aproximadamente unos 170 pueden ser sospechosas de provocar cáncer por exposición laboral, entre los que se encuentran las radiaciones ionizantes, polvo y fibras, metales, disolventes, derivados del petróleo y pesticidas. También ha identificado, además, 18 ocupaciones o industrias generadoras de cánceres, en las que no se ha podido identificar con precisión el agente o agentes responsables.

Existen diferentes clasificaciones para las sustancias carcinogénicas, la IARC las clasifica en 5 categorías (López Leal & Solans Lamparlanes, 2014):

- grupo 1, cancerígeno para las personas;
- grupo 2A, probablemente cancerígeno para las personas;
- grupo 2B, cancerígeno posible para las personas;
- grupo 3, no puede ser clasificado desde el punto de vista del carácter cancerígeno para las personas;
- grupo 4, probablemente no cancerígeno para las personas.

Los cancerígenos laborales han sido de las primeras sustancias cancerígenas en identificarse, como hemos visto en el apartado 1.1 con el ejemplo del cáncer del escroto en deshollinadores.

Sin embargo, existen varias dificultades para determinar una correcta lista de sustancias cancerígenas laborales, pues es complicado discernir entre exposición únicamente laboral y ambiental, así como su límite de exposición.

En el año 2000, un grupo de investigadores del Instituto Municipal de Investigación Médica de Barcelona realizaron una estimación de la población española expuesta a cancerígenos laborales a través del Sistema de Información sobre Exposición a Cancerígenos, *Carcinogen Exposure*, (CAREX), adaptado a España (CAREX-ESP).

En este estudio determinaron que alrededor de 3.100.000 millones de trabajadores, estarían expuestos a cancerígenos laborales (Kogevinas et al, 2000).

Kogevinas, Castaño Vinyals, Rodríguez, Tardón y Serra (2005) realizan un informe, en el que, utilizando varias revisiones de estudios internacionales previos, se

Introducción

pueden atribuir en España entre 2.000 muertes anuales, según estimaciones de los países nórdicos, y 4.000 muertes, siguiendo las estimaciones de Doll y Peto y hasta más de 8.000 por año, de acuerdo a las estimaciones finlandesas. Los cánceres relacionados con el trabajo con mayor evidencia científica son pulmón y vejiga. También leucemia, linfomas, cavidad nasal, angiosarcoma del hígado y cánceres de piel no melanocíticos.

Sin embargo, en base a los datos estadísticos oficiales del Observatorio de Enfermedades Profesionales, son pocos los casos de cánceres laborales anuales y no existe suficiente investigación epidemiológica, salvo estudios sobre cánceres específicos. Tan sólo se diagnostican como cáncer de origen laboral un número mínimo como podemos apreciar en la Figura 6.

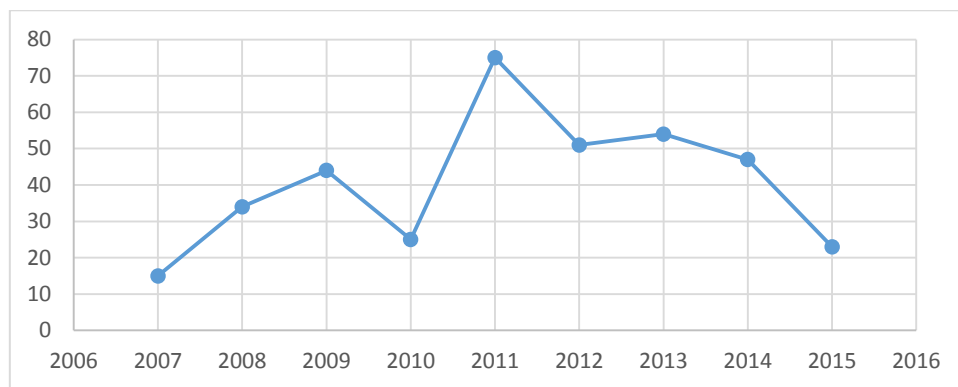


Figura 6: Partes comunicados de EEPP del Grupo 6 entre 2007-2015. Fuente: Observatorio de enfermedades profesionales (Secretaría de Estado de la Seguridad Social, 2015)

En los estudios realizados, sigue habiendo variaciones en las estimaciones sobre el cáncer de origen laboral, muchas de las investigaciones consideran que alrededor del 5% de todos los cánceres se puede atribuir directamente a exposiciones que se consideran laborales (Kogevinas, 2012)

Introducción

1.6.- Gestión de la Enfermedad Profesional

1.6.1.- Procedimiento de declaración ante la sospecha de enfermedad profesional.

La gestión de las enfermedades profesionales, se puede llevar a cabo por diferentes entidades según la opción elegida por la empresa:

- Entidad Colaboradora: Mutuas colaboradoras de la Seguridad Social, antes denominadas Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, definidas como asociaciones privadas de empresarios constituidas mediante autorización del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, que tienen por finalidad colaborar en la gestión de la Seguridad Social, bajo la dirección y tutela del mismo, sin ánimo de lucro y asumiendo sus asociados responsabilidad mancomunada en los supuestos y con el alcance establecidos en esta ley. Además de otras prestaciones sanitarias, sobre contingencias profesionales, corresponde a las Mutuas la determinación inicial del carácter profesional de la contingencia, sin perjuicio su posible revisión o calificación por la Entidad Gestora competente de acuerdo con las normas de aplicación (Jefatura de Estado, 2014).
- Entidad Gestora: entidades públicas que efectúan la gestión y administración de prestaciones y servicios competenciales de la Seguridad Social, son entidades gestoras, el INSS ó Instituto Social de la Marina (ISM) (Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2015).
- Empresa colaboradora de la Seguridad Social, conocidas como autoaseguradoras, tal y como viene recogido en el artículo 102 de la LGSS, la empresa decide asumir la gestión de determinadas prestaciones, entre ellas, la cobertura de las prestaciones de asistencia sanitaria, recuperación profesional e incapacidad temporal derivada de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Introducción

Según el RD 1299/2006 de enfermedades, la calificación de las enfermedades como profesionales corresponde a la entidad gestora correspondiente, sin perjuicio de su tramitación como tales por parte de las entidades gestoras o colaboradoras que asuman la protección de las contingencias profesionales.

El diagnóstico de enfermedad profesional sólo puede ser efectuado por el médico de la entidad correspondiente, según la empresa haya asumido las contingencias profesionales. En el caso de ser realizado por una empresa colaboradora, dispondrá de 3 días para comunicarlo a la entidad gestora o colaboradora según el caso.

Si los profesionales sanitarios de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, en sus funciones de Vigilancia de la Salud y su situación de conocimiento de riesgos laborales de la empresa, detectarán un posible caso de enfermedad profesional, deberán emitir un diagnóstico de sospecha ante la entidad gestora o colaboradora correspondiente.

En el caso de que el trabajador acuda al médico del Sistema Público de Salud, y este valore la existencia de indicios de que la enfermedad pueda haber sido causada por el trabajo, emitirá un diagnóstico de sospecha de posible origen laboral, con baja si lo requiere, y lo trasladará a la Inspección Médica, si la entidad gestora es el INSS o ISM, o a la entidad colaboradora.

Si existiera discrepancia con la mutua sobre el diagnóstico, el trabajador deberá aportar el documento de denegación de la mutua y consulta a la Inspección Médica, que iniciará “Expediente de determinación de contingencia”. Si existiera discrepancia por la Mutua por considerarlo contingencia común, se consultará con Inspección Médica (González, 2011).

Cuando hay que aplazar la declaración de enfermedad profesional, el trabajador puede continuar realizando su trabajo o encontrarse en situación de incapacidad temporal en observación por enfermedad profesional. En el Figura 7 se resumen los pasos a seguir anteriormente expuestos.

Introducción

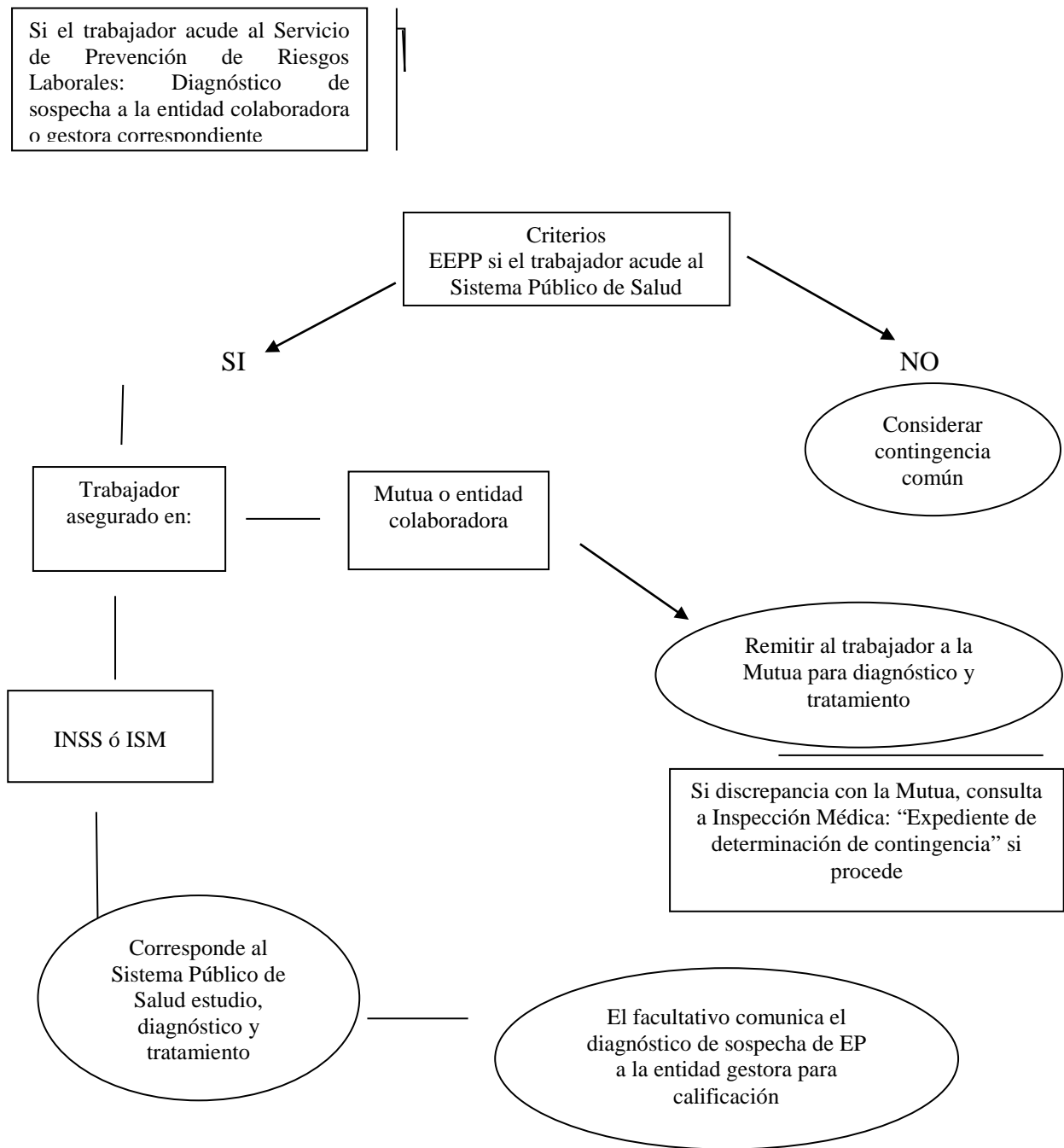


Figura 7. Diagrama de actuación ante la sospecha de enfermedad profesional.

Fuente: La enfermedad profesional en Atención Primaria (Comunidad de Madrid, 2012)

El artículo 3 de la Orden TAS/1/2007 especifica que, que la entidad gestora o colaboradora que asuma la protección de las contingencias profesionales elaborará y tramitará el parte de enfermedad profesional. Antes del RD 1299/2006, los partes de

Introducción

enfermedades profesionales eran tramitados por las empresas, pero con la nueva regulación la elaboración y tramitación del parte de enfermedad profesional corresponde a la entidad encargada de las contingencias profesionales. Los trabajadores y la empresa, le deberán proporcionar la información necesaria si así lo requieren.

A su vez, en el artículo 4, se determina que la comunicación se realiza a través del sistema informático CEPROSS, a través de la oficina virtual de la Seguridad Social. Es necesario para entrar en este sistema de comunicación que los agentes de la entidad gestora o colaboradora que asuma la protección por contingencias profesionales estén representados por persona física acreditada mediante un certificado electrónico, llamado SILCON. También se permite para la gestión de las enfermedades profesionales a través de esta técnica, un certificado digital Clase 2 emitido por la Fábrica Nacional de Moneda y Timbre o por alguna de las Autoridades de certificación autorizadas por la Seguridad Social.

Los plazos establecidos en el artículo 6 de la Orden TAS/1/2007 son que la comunicación inicial se llevará a cabo en los diez días hábiles siguientes a la fecha del diagnóstico de enfermedad profesional. Y la totalidad de los datos se deberán transmitir en los 5 días hábiles posteriores a la comunicación inicial. Si no se cumplen los plazos, la empresa puede ser sancionada.

Al rellenar el parte de comunicación, la aplicación facilitará los datos disponibles en la Seguridad Social, este modelo de parte de enfermedad profesional, se puede decir que está compuesto por cinco grandes apartados, que resumimos a continuación (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2007):

- En primer lugar, se tiene que identificar en el parte los datos de la entidad gestora o colaboradora seguidos por los datos del trabajador del número de afiliación a la seguridad social y el identificador de persona física, así como el tipo de comunicación, es decir, si se trata de una comunicación nueva, una recaída, modificación o cumplimentación de la declaración.

Los datos del trabajador serían: nombre, sexo, fecha de nacimiento, domicilio, situación laboral, tipo de contrato, CNO, tiempo de trabajo en el puesto actual y datos sobre el trabajo anterior.

Introducción

- Datos de la empresa: Código Cuenta Cotización, plantilla actual de la empresa, régimen de Seguridad Social, régimen de Seguridad Social, CNAE, etc.
- Datos médicos: los datos al inicio de la comunicación y período de observación de la enfermedad, número de colegiado del médico, tipo de asistencia, fecha del parte de enfermedad profesional, existencia de parte por incapacidad temporal , duración probable de la baja, diagnóstico CIE-10, parte del cuerpo dañada
- Datos económicos de la situación de incapacidad laboral: base de cotización mensual y base de cotización al año.
- Notificación del cierre del proceso: fecha del cierre del proceso, fecha del alta laboral si procede, tipo de proceso de cierre: enfermedad profesional, enfermedad común o accidente de trabajo y causa del cierre: alta por curación o mejoría, alta por propuesta de incapacidad, fallecimiento, alta con propuesta de cambio de trabajo, lesiones permanentes no invalidantes, sin baja laboral, otras causas). Se comunicará en el plazo de los 5 días hábiles siguientes al hecho que motiva dicha finalización.

Deberán comunicarse tanto los procesos sin baja, con baja, recaídas y en periodo de observación.

Introducción

1.6.2.- Incapacidad laboral y enfermedad profesional.

Se distingue 4 tipos de origen de incapacidad laboral: accidente de trabajo, enfermedad profesional, accidente no laboral y enfermedad común (Figura 8)

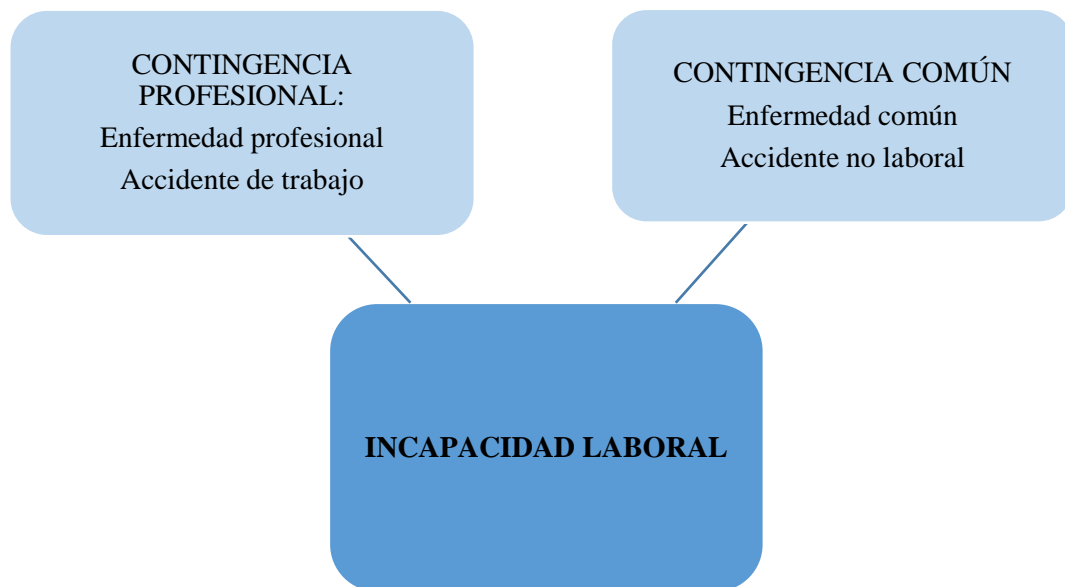


Figura 8. Origen de la incapacidad laboral

La incapacidad laboral puede ser temporal o permanente.

La definición de incapacidad temporal viene conceptuada en el artículo 169 de la LGSS:

Artículo 169. Concepto.

1. Tendrán la consideración de situaciones determinantes de incapacidad temporal:

a) Las debidas a enfermedad común o profesional y a accidente, sea o no de trabajo, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedido para el trabajo, con una duración máxima de trescientos sesenta y cinco días, prorrogables por otros ciento ochenta días cuando se presuma que durante ellos puede el trabajador ser dado de alta médica por curación.

b) Los períodos de observación por enfermedad profesional en los que se prescriba la baja en el trabajo durante los mismos, con una duración máxima de seis

Introducción

meses, prorrogables por otros seis cuando se estime necesario para el estudio y diagnóstico de la enfermedad.

2. A efectos del período máximo de duración de la situación de incapacidad temporal que se señala en la letra a) del apartado anterior, y de su posible prórroga, se computarán los períodos de recaída y de observación. Se considerará que existe recaída en un mismo proceso cuando se produzca una nueva baja médica por la misma o similar patología dentro de los ciento ochenta días naturales siguientes a la fecha de efectos del alta médica anterior.

Por su parte, la incapacidad permanente es en la que existe un reconocimiento, clasificación e indemnización de las de las lesiones y secuelas, y su paso a invalidez según el grado, después de que el trabajador haya estado sometido a tratamiento y presente reducciones anatómicas o funcionales, que repercutan en su capacidad laboral (artículos 193 y 194 de la LGSS).

Existen diferentes grados de incapacidad permanente:

*** Parcial para la profesión habitual:** aquélla que, sin alcanzar el grado de total, ocasiona al trabajador una disminución no inferior al 33% en su rendimiento normal para la profesión habitual, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma.

***Total para la profesión habitual:** inhabilita al trabajador para su profesión habitual pero puede dedicarse a otra distinta.

***Absoluta para todo trabajo:** inhabilita al trabajador para toda profesión u oficio.

***Gran invalidez:** el trabajador incapacitado permanente por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesita la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida.

La formulación del dictamen de una incapacidad permanente, su grado, la revisión del diagnóstico y determinación de la contingencia si procede, corresponde al Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI). Los EVIs están presentes en todas las

Introducción

todas las Direcciones provinciales del INSS, excepto en Cataluña (Seguridad Social, 2016). Constituidos por un Presidente, que es el Subdirector provincial de Incapacidad Permanente del Instituto Nacional de la Seguridad Social o funcionario que designe el Director general del Instituto Nacional de la Seguridad Social, y cuatro Vocales: un Médico Inspector, un Facultativo Médico, un Inspector de Trabajo y Seguridad Social y un funcionario titular de un puesto de trabajo de la unidad encargada del trámite de las prestaciones de incapacidad permanente de la correspondiente Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social, quien ejercerá las funciones de Secretario. También serán designados un experto en recuperación y rehabilitación y un experto en seguridad e higiene en el trabajo (Burgos Ruiz de Castroviejo, Díaz García & Roldán León, 2008; Seguridad Social, 2016).

Además de los dictámenes sobre incapacidad permanente también corresponde al EVI, si se le solicita, determinar el origen común o profesional de la situación de incapacidad temporal o muerte de un trabajador, así como determinar la procedencia o no de prorrogar el periodo de observación de una enfermedad profesional.

Es importante distinguir el origen de la incapacidad ya que las originadas por la actividad laboral están protegidas especialmente (Instituto de Salud Carlos III, 2015; Hernández Martín & Meneses Monroy, 2016). En caso de enfermedad profesional:

- No se requiere ningún periodo mínimo de cotización para tener derecho a las prestaciones, al igual que en accidente sea o no de trabajo, mientras que en enfermedad común es necesario estar afiliado y en alta o situación asimilada al alta y tener cubierto un periodo de cotización de 180 días en los 5 años anteriores.
- El subsidio de la incapacidad temporal se abona desde el día siguiente de la baja en cuantía del 75% de la base reguladora (en enfermedad común y accidente no laboral, se abona el 60 % de la base reguladora desde el 4ª día de la baja hasta el 20, y del 21 día en adelante el 75%).
- Se reconoce pensión de viudedad u orfandad en los casos que corresponda.

Introducción

- En caso de faltas de medidas de seguridad en el trabajo, las prestaciones se incrementan del 30% al 50 %, atendiendo a la gravedad de la falta.
- Las lesiones irreversibles que sin constituir una incapacidad permanente supongan una limitación en la integridad física, dan derecho a una indemnización, según baremo en función de la gravedad de la lesión.
- La asistencia médica, tratamiento farmacéutico, prestaciones ortopédicas y transporte sanitario es gratuito.

Según establece la normativa de prevención de riesgos laborales y como se regula en los artículos 243 y 244 de la LGSS, todas las empresas con riesgo de enfermedad profesional deberán realizar exámenes de salud periódicos y previos a la incorporación, en caso de incumplimiento por parte del empresario, podrá ser sancionado y se considerará responsable de todas las prestaciones en caso de que se produjera enfermedad profesional. Los exámenes de salud se hacen en base a los Protocolos de Vigilancia de la Salud, y son gratuitos para los trabajadores (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004).

En caso de trabajadores que padezcan enfermedad profesional que no ocasione incapacidad, pero se pueda agravar con el tiempo, tienen derecho a cambio de puesto de trabajo si es posible dentro de la empresa, conservando la retribución original. Si no fuera posible dicho cambio, previa conformidad de la Inspección de Trabajo, el trabajador será dado de baja en la empresa e inscrito de manera preferente en la oficina de empleo. En este periodo en el que el trabajador está desempleado, tiene derecho a percibir un subsidio equivalente a su sueldo durante un periodo determinado (Cavas Martínez et al, 2007).

1.6.3. - Detección de enfermedades profesionales en las Comunidades Autónomas

En los indicadores de Salud Laboral del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se observa que de las 17 CCAA españolas, algunas de ellas o no cuentan, o no hay información disponible sobre programas o iniciativas de mejora en la comunicación de enfermedades profesionales, representado gráficamente en la Figura 9. Entre ellas están: Aragón, Castilla-La Mancha, Castilla-León, Extremadura y Cantabria.

Introducción

Las CCAA de Cataluña, Galicia, Murcia, Asturias, Andalucía, Baleares, La Rioja, Canarias y Madrid cuentan con iniciativas y procedimientos de mejora. Mientras que Navarra, País Vasco y Comunidad Valenciana tienen programas establecidos de detección (Hernández Martín, Meneses Monroy, Martín Casas & Pacheco del Cerro, 2016).

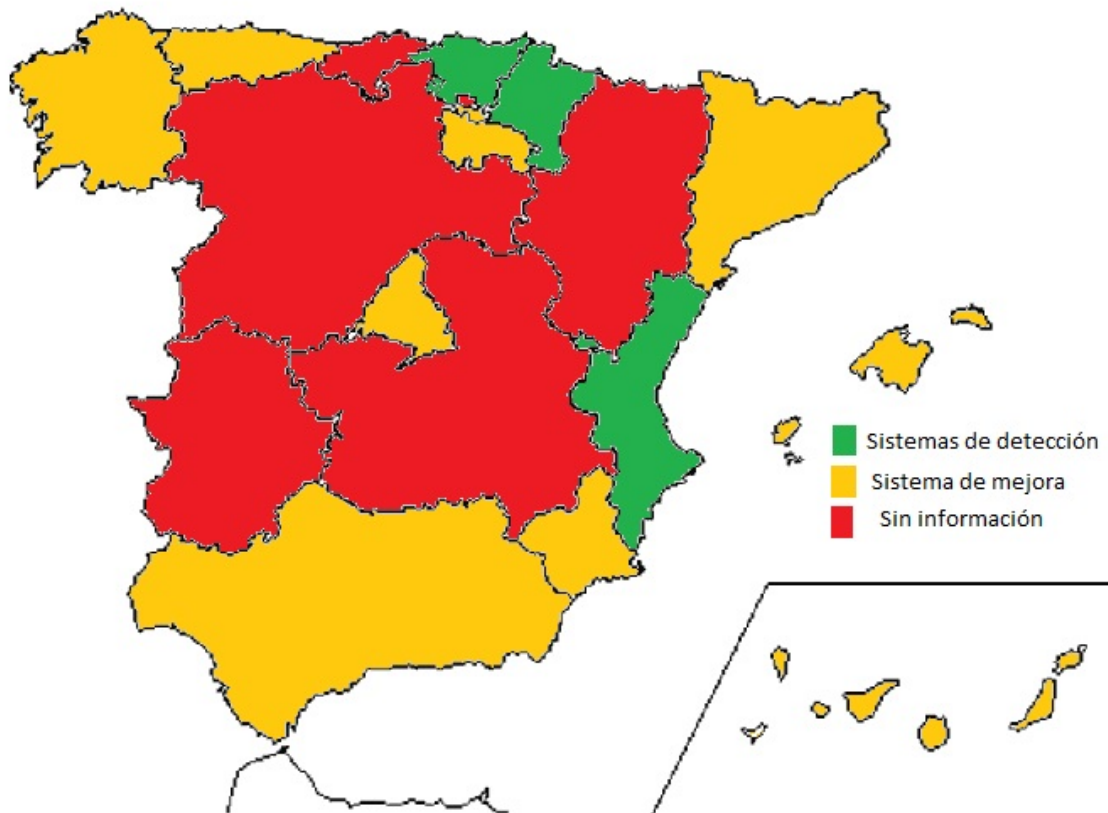


Figura 9. Información por CCAA sobre detección de EEPP.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
<http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/saludLaboral/admSanitarias/ccaa/home.htm>

En algunas Comunidades como Andalucía, Asturias, Canarias, Cataluña, Murcia y Navarra, se han desarrollado sistemas centinela de declaración de enfermedades laborales, que consisten en la participación voluntaria de profesionales sanitarios que informan a través de un registro establecido de las enfermedades con una posible relación con el trabajo. Aunque el desarrollo y continuidad no ha sido el mismo en cada una de ellas (García, Gadea & López, 2004).

Introducción

Navarra fue de las pioneras en establecer este sistema, a través del Programa de Vigilancia Epidemiológica en Salud Laboral implantado desde el año 1998. En el periodo 1998 -2007 este sistema notificó un total de 2055 casos de enfermedades profesionales atendidas por el sistema público, 1.192 tendinitis de codo, 360 alteraciones del túnel carpiano, 86 asma ocupacionales y 417 dermatosis. La principal conclusión de la evaluación de dicho programa indica que es una buena experiencia para la detección y que resulta fundamental una buena coordinación. (García López, 2011). En esta Comunidad Autónoma existe una estrecha colaboración entre el Instituto Navarro de Salud Laboral y la Dirección de Atención Primaria, además, Navarra cuenta también con un Programa de Unidades de Salud laboral, cuyo objetivo principal es formar a los profesionales de Atención Primaria en Salud Laboral y un Programa de Investigación de Enfermedades Profesionales para conocer las causas y proponer medidas de prevención. Como muestra del desarrollo de dichas estrategias, en el II Plan de Salud Laboral de NAVARRA 2007-2012: su objetivo número 2 fue “Minimizar el sub-registro de Enfermedades Profesionales”. De este modo, Navarra ocupa el primer lugar en la declaración de enfermedades profesionales y su índice de incidencia superó en más de 6 veces al del Estado (Instituto Navarro de Salud Laboral, 2007).

En la Comunidad Valenciana se implantó, el sistema de vigilancia epidemiológica laboral, denominado SISVEL, para mejorar la información sobre enfermedades profesionales y detectar precozmente patología de origen laboral que se atiende en sistema público sanitario (Santolaria, Esteban & Casanova, 2010).

Euskadi es otra de las comunidades que cuenta con un programa de sistemas de información laboral, de 2009 a 2011 fue realizado un estudio sobre las comunicaciones de sospecha de enfermedad profesional, en el que destaca que el servicio público vasco de Salud, es la procedencia de la mayoría de las comunicaciones de sospechas de cáncer laboral.

Asturias en 2011 creó el Equipo de Valoración de Sospecha de Cáncer Profesional del Principado de Asturias (EVASCAP), para comunicación al INSS de casos de sospecha de enfermedad profesional, por parte de facultativos del Servicio de Salud del Principado de Asturias, formado por un equipo multidisciplinar: dos profesionales competentes en epidemiología laboral designados por la Consejería

Introducción

competente en materia de salud, dos Inspectores de Prestaciones y Servicios Sanitarios designados por la Consejería competente en materia de salud, dos profesionales de los servicios de salud, en representación de atención primaria y atención especializada, designados por el Servicio de Salud del Principado de Asturias y dos profesionales del Servicio de Salud Laboral designados por el Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales (García Gómez, 2014; Principado de Asturias, 2011).

Andalucía crea a través de la Orden de 13 de mayo de 2010, el fichero con datos de carácter personal denominado Registro de comunicación de sospecha de Enfermedades Profesionales por los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (Consejería de Salud, 2010).

Murcia en 2010, establece el Protocolo de actuación para la comunicación de diagnósticos de sospecha de enfermedades profesionales por parte de los profesionales sanitarios del Sistema Sanitario Público de la Región de Murcia, con el fin de facilitar el mecanismo de comunicación. En ese mismo año, en Baleares, fue realizado un estudio por el Govern de les Illes Balears para recoger la situación de declaración de enfermedades profesionales a través la opinión de los médicos de atención primaria, servicios de prevención y mutuas (Guillén Subirán, 2014).

Galicia cuenta con el registro de enfermedades profesionales del Instituto Galego de Seguridade e Saúde Laboral (ISSGA), en el que desde su página web tenemos acceso al Observatorio de enfermedades profesionales en Galicia.

Cataluña a través de la Instrucción 01/2007 del Institut Català d'Avaluacions Mèdiques establece el procedimiento administrativo de actuación cuando los médicos del Sistema Público de Salud sospechan que una Incapacidad Temporal es de origen laboral.

Respecto a la Comunidad de Madrid ha sido desarrollado un procedimiento de información para el médico de familia sobre “La Enfermedad profesional en Atención Primaria”. ANEXO I

Introducción

1.7.- Justificación

Según estimaciones de la OIT, se producen al año alrededor de 160 millones de nuevos casos de enfermedades profesionales y más de 2 millones de muertes se deben a diversos tipos de enfermedades relacionadas con el trabajo, lo que se traduce aproximadamente a 5500 muertes diarias (International Labour Organization, 2013).

Estas estimaciones sobre las enfermedades relacionadas o causadas por el trabajo, son datos aproximativos, se extraen de las diferentes estadísticas nacionales, que difieren en las definiciones y metodología, incluso hay países que carecen de recursos para poder recopilar estos datos. Debido a ello, el subregistro de enfermedades derivadas del trabajo es un problema reconocido a nivel mundial, pues más de la mitad de los países no proporcionan estadísticas adecuadas de enfermedades profesionales.

En España, algunos estudios refieren que sólo se reconocen como enfermedades profesionales una cuarta parte del total. Por ejemplo, un estudio realizado en 2006, considera que cerca de 2 millones de trabajadores sufrieron alguna enfermedad o problema de salud relacionado con el trabajo, siendo las más frecuentes las alteraciones osteomusculares (García et al,2004). Sin embargo, en el año 2007, el primero en el que existen datos según el nuevo cuadro de enfermedades profesionales, y, según datos de la Subsecretaría de Empleo y Seguridad Social, se notificaron sólo un total de 17.061 enfermedades profesionales (Secretaría de Estado de la Seguridad Social, 2015).

En la medida en que una patología de este tipo se traduce en una disminución de la capacidad para el trabajo, éstas se van convirtiendo, cada vez más, en un problema para los sistemas de Seguridad Social. El aumento de la incidencia de las enfermedades profesionales eleva el gasto en prestaciones para los trabajadores, en atención sanitaria, en asistencia social y en programas de pensiones.

En relación con los equipos de atención primaria, no resulta sencillo discriminar cuándo un paciente acude por una enfermedad común o profesional por la ausencia de hallazgos objetivos. Asimismo, para diagnosticar enfermedades profesionales es preciso contar con conocimientos y experiencia específicos.

Introducción

Gran parte de los usuarios del Servicio Nacional de Salud son trabajadores y, en muchas ocasiones, estos acuden en primer lugar cuando tienen alguna patología a su centro de salud. Las estimaciones más conservadoras apuntan que dos de cada tres enfermedades profesionales son atendidas en los centros de salud y hospitales de la red pública en lugar de serlo por una mutua o entidad autorizada (Declós et al, 2008).

A dicha estimación, habría que sumar la duplicidad en la atención de los trabajadores que, en algunos casos, son atendidos en ambos sistemas. La atención de enfermedades profesionales o de origen laboral por parte del Sistema Nacional de Salud, además de no ajustarse a lo legalmente establecido, supone un sobrecoste añadido y ocasiona una pérdida de información sobre el número real de enfermedades profesionales limitando, en parte, la corrección en materia de prevención.

En nuestro país, se han realizado diferentes iniciativas en este sentido a nivel autonómico, aunque su implementación resulta heterogénea e incompleta y dada la gran movilidad de trabajadores se podrían requerir mecanismos uniformes y de coordinación entre las diversas Comunidades Autónomas.

La Comunidad de Madrid no es ajena a este problema y desde hace varios años se ha realizado un importante esfuerzo para formar a los profesionales de atención primaria en la identificación de enfermedades profesionales.

Por ello, el disponer de un sistema para detectar precozmente enfermedades relacionadas con el trabajo supone un ahorro de costes al sistema además de unos beneficios al trabajador en caso de incapacidad temporal.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis y Objetivos

2.HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1.- Hipótesis:

Los centros de Atención Primaria de Salud en la Comunidad de Madrid atienden un número elevado de casos de enfermedades de posible origen laboral.

2.2.- Objetivos generales del estudio:

A fin de contrastar la hipótesis propuesta, se han determinado los siguientes objetivos, planteados en torno a un objetivo principal; “Estimar las enfermedades de posible origen laboral atendidas en el SERMAS a través de los centros de Atención Primaria de salud”.

Junto al objetivo general descrito, los objetivos específicos de la presente investigación serán:

- Caracterizar los pacientes que acuden a los centros de Atención Primaria del SERMAS y tienen un episodio de incapacidad temporal.
- Conocer la prevalencia de las enfermedades que ocasionan incapacidad temporal.
- Estudiar la relación entre los procesos de incapacidad temporal y variables sociodemográficas.
- Conocer la situación actual en Atención Primaria respecto a la detección de enfermedades profesionales.

METODOLOGÍA

3.METODOLOGÍA

3.1.- Diseño del estudio

El estudio se ajusta a un diseño observacional, descriptivo, transversal.

El estudio se ha llevado a cabo de manera conjunta entre la Dirección General de Atención Primaria de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid.

La investigación, se realiza con la intención de conocer la casuística de las enfermedades de posible origen laboral más comúnmente atendidas en la red de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid a partir de la información disponible de procesos de incapacidad temporal en el programa AP-Madrid de los centros de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid durante el periodo de un año, de marzo de 2014 a marzo 2015 y su posterior comparación con datos de Enfermedades Profesionales obtenidas de los informes CEPROSS y PANOTRATSS de los años 2014 y 2015 (Secretaría de Estado de la Seguridad Social, 2014; Secretaría de Estado de la Seguridad Social 2015).

3.2.- Población de estudio.

Pacientes dados de alta en la Seguridad Social, entre 16 a 65 años que acudieron al Servicio de Atención Primaria del SERMAS entre marzo del 2014 y marzo 2015, para los que el médico de atención primaria (MAP) emitió un parte de incapacidad temporal.

Son criterios de selección:

- Procesos de incapacidad temporal en pacientes de 16 a 65 años
- Diagnósticos de enfermedades en posible relación con enfermedades profesionales, según se establece en el punto de recogida de datos 3.3.1.

Metodología

3.3.- Procedimiento.

3.3.1. Recogida de datos.

Durante el último trimestre del año 2013 se redacta el proyecto inicial del estudio.

En el primer trimestre de 2014, se envía el proyecto a la Comisión Central de Investigación de la Gerencia de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud. Tras su revisión, en julio de ese mismo año, fueron solicitadas una serie de aclaraciones por parte de la Comisión Central de Investigación.

Resueltas dichas aclaraciones, el 17 de diciembre de 2014 se obtuvo el informe favorable sobre la realización del estudio en Atención primaria de la Comunidad de Madrid. ANEXO II.

Una vez obtenido dicho informe, en el primer semestre de 2015, se llevaron a cabo varias reuniones con las personas de contacto de Atención Primaria para la solicitud de datos sobre incapacidad temporal necesarios para la realización del estudio.

Debido a que los datos nos los proporciona la Gerencia de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid que es la Comunidad Autónoma con mayor población y más 2.700.000 millones de afiliados a la Seguridad Social (Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2015), es necesario hacer una selección de los procesos de incapacidad laboral por cada capítulo, descripción y diagnóstico de aquellas entidades que se puedan relacionar con una causa laboral.

En Atención Primaria la codificación clínica se realiza en base a la Clasificación Internacional de la Atención Primaria – CIAP, en inglés, International Classification of Primary Care (ICPC), de la Organización Mundial de Médicos Generales, WONCA, sus siglas en inglés de World Organization of National Colleges Academies, cuenta con 2 versiones: la CIAP-1 desarrollada en 1987 y traducida al español en 1990, y la CIAP-2, publicada en 1998 y traducida en 1999 (Juncosa & Bolibar, 2001).

La CIAP es específica de Atención Primaria, permite clasificar la razón de la consulta, el problema de salud y el proceso de atención, dividida en 17 capítulos, señalados en la tabla 4. Se asocia con otras clasificaciones, como la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), con códigos de tres caracteres, llamados

Metodología

categorías y los códigos de cuatro caracteres, llamados subcategorías. En las categorías y subcategorías se asignan los diagnósticos, utilizados principalmente para fines estadísticos. La CIAP-1 se corresponde con CIE, 9ª revisión (CIE-9), con la Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria, 2ª versión definida (CIPSAP-2 Definida) y con la Clasificación de Enfermedades, Problemas y Procedimientos del Real Colegio de Médicos Generales Ingleses (CRC). La CIAP-2 se corresponde con la CIE-10, integra dos sistemas de clasificación, uno de enfermedades para la codificación de diagnósticos y otro de procedimientos (Gosálbez Pastor, Pérez Salinas, Díez Domingo, Ballester Sanz, & Costa-Alcaraz, 2003).

CAPITULO	DESCRIPCIÓN
A	Problemas generales
B	Sangre, Inmunitario
D	Aparato Digestivo
F	Ojo y Anejos
H	Aparato Auditivo
K	Aparato Circulatorio
L	Aparato Locomotor
N	Sistema Nervioso
P	Problemas Psicológicos
R	Aparato Respiratorio
S	Piel, Faneras
T	Aparato Endocrino, Metab y Nutrición
U	Aparato Urinario
W	Plan. Familiar, Embarazo, Parto y Puerperio
X	Aparato Genital Femenino y Mamas
Y	Aparato Genital Masculino
Z	Problemas Sociales

Tabla 4 Clasificación CIAP por capítulos

Fuente: CIAP 2ª edición. (Comité Internacional de Clasificación de la WONCA, 1999)

Desde la Gerencia de Atención Primaria, se nos proporciona un archivo en formato Excel con la clasificación de CIAP presente en AP-Madrid, dividido en 3 secciones:

- CIAP (Títulos)
- CIAP (Descriptores)
- Títulos con sus descriptores

Metodología

Para poder hacer una adecuada recogida de procesos de incapacidad temporal, seguimos la metodología del estudio realizado por Benavides et al (2011) en Cataluña, en el que llevaron a cabo la identificación y selección de enfermedad de posible origen laboral atendida en el sistema público, recopilamos las entidades nosológicas seleccionadas por su elevada frecuencia a atención primaria, codificadas en CIE-10; 4 dígitos. Como nuestra base de datos esta descrita por la CIE-9, es necesario hacer una correlación entre los códigos de estas dos clasificaciones.

Para ello tomamos de referencia el trabajo llevado a cabo en la recodificación de los códigos en la Comunidad de Navarra, en la que se estableció la necesidad de establecer la correspondencia del programa OMI_AP y el Registro de Incapacidad Temporal de Navarra (RITA). En dicho estudio, identificaron los diagnósticos clínicos más frecuentes de la Incapacidad Temporal ante la imposibilidad de conseguir la recodificación automática en el 100% de los partes de baja. Se incluyó la descripción diagnóstica literal de aquellos códigos CIE-9 que se emplean habitualmente en la base de datos de incapacidad temporal para definirlos, junto a su código correspondiente CIAP-2. (Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, 2014).

También utilizamos las notas metodológicas del Ministerio de Sanidad para la base de datos clínicos de atención primaria (BDCAP). En la nota metodológica sobre el mapeo CIE9MC a CIAP2, se justifica que la BDCAP registra los datos de las historias clínicas, utilizando diferentes clasificaciones. La mitad de CCAA utilizan el CIE-9, pero para la explotación conjunta de datos hace que sea necesario utilizar solo una clasificación, la CIAP, aunque la CIE-9 y la CIE-10, proporcionen información más detallada (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

Con ayuda de la herramienta digital del Ministerio para la correlación de los códigos CIE-10 a CIE-9, realizamos el cambio de clasificación y su posterior paso a CIAP. Lo hacemos a través de la página del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en la plataforma eCIEMaps v3.0.7:

http://eciemaps.msssi.gob.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html

Metodología

Seleccionamos la pestaña Mapeo, introducimos uno por uno los códigos del estudio de Benavides et al (2011), seleccionamos como Clasificación origen “CIE-10 Diag” y Clasificación destino: CIE-9-MC.

Además de los códigos CIAP obtenidos en base al estudio realizado en Cataluña, seleccionamos más códigos CIAP que consideramos relevantes en la identificación de enfermedades de posible origen laboral, de acuerdo a la prevalencia de determinadas enfermedades, principalmente las enfermedades osteomusculares, de la piel, respiratorias y determinados tipos de cánceres, y de los órganos de los sentidos como el oído y la vista. Algunos de estos diagnósticos, aunque se recogen en la Tabla 5, se relacionan con las patologías no traumáticas, que se detallaron en la Tabla 3.

En la Tabla 5 se recoge los títulos CIAP seleccionados y su relación con las EEPP del Anexo I del R.D 1299/2006.

En el diagrama representado en la Figura 10, hemos resumido el proceso de obtención de datos.

Metodología

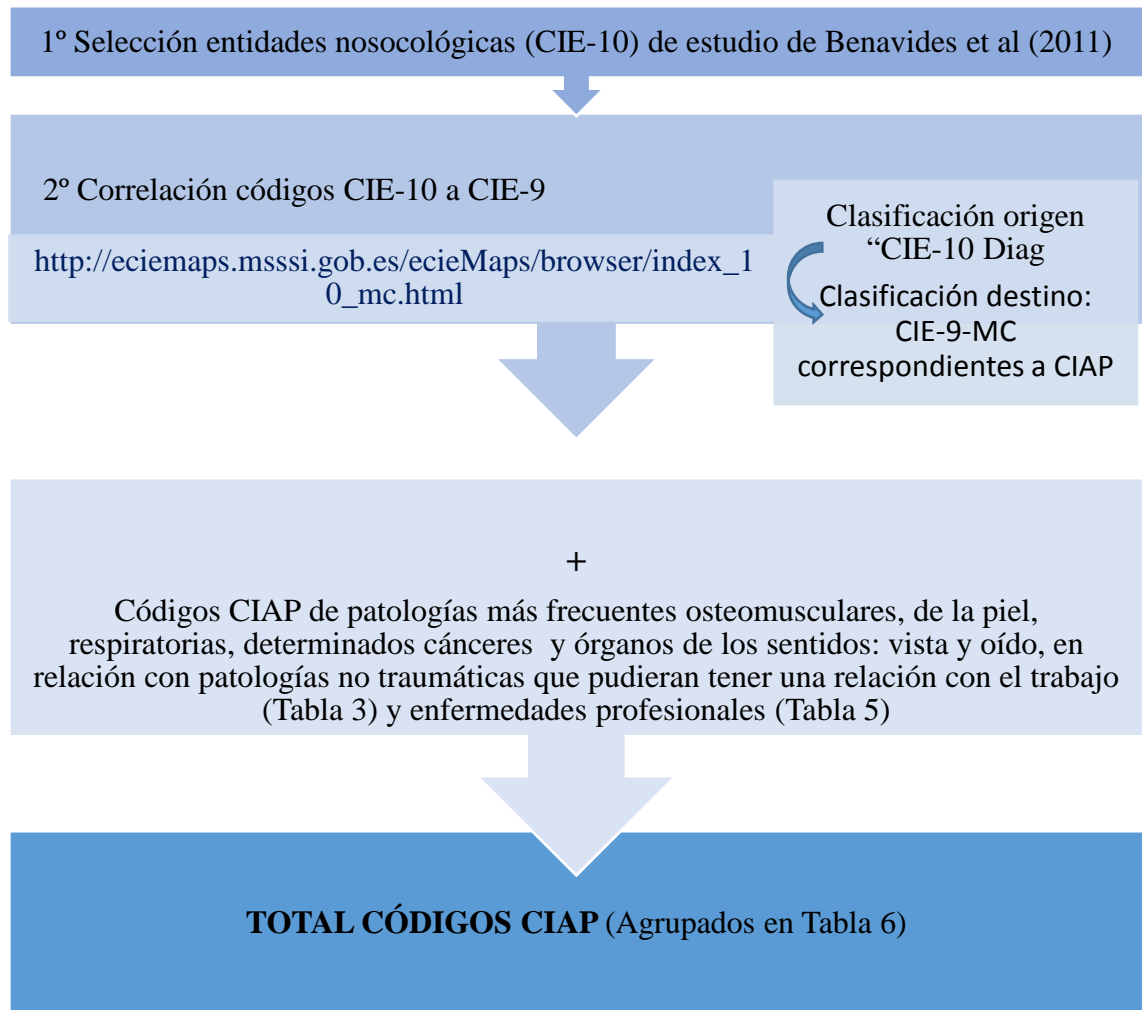


Figura 10. Obtención de recogida de procesos de incapacidad temporal, según clasificación CIAP.

Metodología

TÍTULOS CIAP		EEPP SEGÚN RD 1299/2006
L01 Sig/sin cuello		<p>Enfermedades osteoarticulares o angioneuróticas provocadas por las vibraciones mecánicas:</p> <p>Afectación vascular- Afectación osteoarticular</p> <p>Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo:</p> <p>enfermedades de las bolsas serosas debida a la presión, celulitis subcutáneas:</p> <p>Bursitis crónica de las sinoviales ó de los tejidos subcutáneos de las zonas de apoyo de las rodillas.</p> <p>Bursitis glútea, retrocalcánea, y de la apófisis espinosa de C7 y subacromiodeltoideas.</p> <p>Bursitis de la fascia anterior del muslo. Bursitis maleolar externa. Bursitis preesternal.</p> <p>Higroma crónico del codo</p> <p>Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo;</p> <p>enfermedades por fatiga e inflamación de las vainas tendinosas, de tejidos peritendinosos</p> <p>e inserciones musculares y tendinosas:</p> <p>Hombro: patología tendinosa crónica de maguito de los rotadores.</p> <p>Codo y antebrazo: epicondilitis y epitrocleitis.</p> <p>Muñeca y mano: tendinitis del abductor largo y extensor corto del pulgar (T. De Quervain),</p> <p>tenosinovitis estenosante digital (dedo en resorte),</p> <p>tenosinovitis del extensor largo del primer dedo</p> <p>Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo:</p> <p>Arrancamiento por fatiga de las apófisis espinosa</p> <p>Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo:</p> <p>parálisis de los nervios debidos a la presión:</p> <p>Síndrome del canal epitrocleo-olecraniano por compresión del nervio cubital en el codo</p> <p>Síndrome del túnel carpiano por compresión del nervio mediano en la muñeca.</p> <p>Síndrome del canal de Guyon por compresión del nervio cubital en la muñeca.</p> <p>Síndrome de compresión del ciático popliteo externo por compresión del mismo a nivel del cuello del peroné</p> <p>Síndrome de compresión del ciático popliteo externo por compresión del mismo a nivel del cuello del peroné</p> <p>Parálisis de los nervios del serrato mayor, angular, romboides, circunflejo.</p> <p>Parálisis del nervio radial por compresión del mismo</p> <p>Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo:</p> <p>Lesiones del menisco por mecanismos de arrancamiento y compresión asociadas, dando lugar a fisuras o roturas completas</p>
L02 Sig/sin espalda		
L03 Sig/sin lumbares		
L05 Sig/sin flancos, axilas	L19 Otros sig/sin musculares NE	
L08 Sig/sin hombro	L20 Sig/sin articulares NE	
L09 Sig/sin brazo	L28 Incap/min apar. locomotor	
L10 Sig/sin codo	L83 Sínd cuello	
L11 Sig/sin muñeca	L84: Sínd lumbar/torac sin irradiación dolor	
L12 Sig/sin mano y dedos	L85 Def adq columna vertebral	
L13 Sig/sin cadera	L86 Sínd lumb/torác con irrad dolor	
L14 Sig/sin muslo, pierna	L87	
L15 Sig/sin rodilla	Bursitis/tendinitis/sinovitis NE	
L16 Sig/sin tobillo	L92 Sínd hombro	
L17 Sig/sin pie/dedos	L93 Codo tenista	
L18 Dolor muscular	L97 Condromalacia	
	L99 Otr enf aparato locomotor	
N04 Sínd piernas inquietas	N08 Movims involuntarios anor	
N05 Hormigueo manos y pies	N93 Sdre túnel carpiano	
N06 Otr alt sensibilidad	N94 Neuritis/neuropatías periféricas	

Metodología

TÍTULOS CIAP	EEPP SEGÚN RD 1299/2006
F01 Dolor ocular F02 Ojo rojo F04 Puntos flotantes/manchas	Enfermedades oftalmológicas a consecuencia de exposición a radiaciones ultravioletas
H01 Dolor oído/oreja H84 Presbiacusia H02 sig/sin auditivos acústico H03 Zumbido/tinnitus/pitidos H13 Sensación taponamiento apar auditivo	Hipoacusia o sordera provocada por ruido
R08: Otros sig/sin nasales R75 Sinusitis aguda/crónica R97: Rinitis alérgica	Rinoconjuntivitis
R23 Sig/sin de la voz R77 Laringitis/traqueítis aguda R21 Sig/sin garganta/faringe/amig	Nódulos de las cuerdas vocales a causa de los esfuerzos sostenidos de la voz por motivos profesionales
R96 Asma	Asma
R01 Dolor atribuido apar respiratorio R02 Fatiga respiratoria/ disnea R03 Respiración jadeante/sibilante R05 Tos R29 Otros sig/sin aparato respiratorio R82 Derrame pleural/pleuritis R83 Otras infecciones respiratorias R91 Bronquiectasias R93 Dolor pleural R95: EPOC	Alveolitis alérgica extrínseca Síndrome de disfunción difusa de la vía aérea Fibrosis intersticial difusa
S01 Dolor/sens anormal de la piel S02 Prurito S05 Inflamación/masa múltiples S86 Dermatitis seborreica S87 Dermatitis/eccema atópico S04 Inflamación/masa localizada S88 Dermatitis de contacto/alérgica	Enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias
R84 Neo malig tráq/bronq/pulm/pleu R85 Otr neo malig aparato respiratorio	Neoplasia maligna de bronquio y pulmón. Mesotelioma. Cáncer de laringe. Neoplasia maligna de cavidad nasal
U76 Neo malignas de la vejiga urinaria U77 Otras neo malignas del apar urinario U79 Neo NE del aparato urinario	Neoplasias maligna de vejiga
S77 Neoplasias malignas de la piel	Carcinoma epidermoide de piel. Lesiones premaligna de piel. Carcinoma de células escamosas
B72 Linfomas B74 Otras neo malignas hematológicas B99 Otras enf hemat/linf/inmunológicas	Síndrome linf y mieloproliferativos

Tabla 5. Títulos CIAP y su correspondencia con las enfermedades profesionales reconocidas en el RD 1299/2006

Metodología

A su vez, se presenta el estudio, con algunas modificaciones del proyecto primario presentado a la Comisión de Investigación de Atención Primaria, al Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, obteniendo el informe favorable el 23 de noviembre de 2015. ANEXO III

En noviembre de 2015, la Gerencia de Atención Primaria nos entrega la base de datos con 151.202 procesos de incapacidad laboral. El conjunto de datos se recogió en tabla Excel versión 2010 por el Investigador Principal protegida bajo contraseña, de tal forma que sólo es posible acceder a ella con autorización previa, para dar cumplimiento a la legalidad vigente en materia de protección de datos de carácter personal, ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Es una base anónima, en la que no consta ningún dato personal por el que pueda ser posible identificar a los pacientes.

Los datos recogidos, según los términos y plazos legales correspondientes, serán destruidos.

Después de revisar los criterios de selección, el tamaño final de la población es de 130.771 registros de procesos de incapacidad temporal (IT), con las siguientes variables:

- Código del proceso (id)
- Sexo (sexo)
- Fecha de nacimiento (fecha_naci)
- Edad al inicio de la IT (edad)
- Código CIE9 del proceso motivo de IT (cie9)
- Código CIAP-1 del proceso motivo de IT (ciap)
- Descripción del motivo de la IT (Descripción episodio)
- Fecha de inicio de la IT (fecha_it baja)
- Día de la semana que se inicia la IT (dia it baja)
- Fecha del fin de la IT (fech_it alta)
- Duración de la IT (dias it)
- Número de informes realizados, asociados al proceso que motiva la IT y registrados en el periodo de duración de la misma (NºInformes)
-

Metodología

- N° de protocolos (formularios de registro) con distinta fecha, asociadas al proceso que motiva la IT y registrados en el periodo de duración de la misma (N° Protocolos)
- Prescripciones asociadas al proceso que motiva la IT y registrados en el periodo de duración de la misma (Prescripciones)
- Número de analíticas y procedimientos diagnósticos realizados en el centro de salud asociadas al proceso que motiva la IT y registrados en el periodo de duración de la misma (N°analítica)
- Número de partes interconsulta con otra especialidad asociadas al proceso que motiva la IT y registrados en el periodo de duración de la misma (PIC)
- Número de pruebas de imagen solicitadas asociadas al proceso que motiva la IT y registrados en el periodo de duración de la misma (RX)
- Número de apuntes con distinta fecha asociadas al proceso que motiva la IT
- y registrados en el periodo de duración de la misma (Apuntes)

Tras un primer análisis exploratorio de la base de datos, se decide eliminar las variables: n° informes, n° protocolos, prescripciones, analíticas, PIC, Rx y apuntes, debido a la escasez de registros en el total de los datos obtenidos.

Finalmente las variables definitivas para su posterior análisis son:

- Sexo: hombre, mujer.
- Edad: a la vez, categorizada en grupos de edad de 10 en 10 años, el primer grupo 16-25 años, que correspondería al inicio de la edad laboral, con población sin o con poca experiencia, 26-35 años población laboral joven con experiencia, 36-45 población laboral joven con mucha experiencia, 46-55 años población laboral madura con experiencia y finalmente el grupo mayor de edad laboral que son los mayores de 56 años.
- Patologías: las variables CIAP-1, CIE-9 y descripción del episodio se reagrupan por grupos de patologías para poder llevar a cabo un adecuado análisis estadístico, en función del código CIAP-1, que aunque es menos exhaustiva que el CIE-9, como se ha explicado anteriormente, es más sencillo reagrupar, como se muestra en la Tabla 6.

Metodología

Patología auditiva	H01, H02, H03, H13, H84, H85, H86, H99
Patología cervical y dorsal	L01, L02, L04, L05, L07, L83, L85
Patología lumbar	L03, L84, L85, L86
Bursitis/tenosivitis/otras	L08, L09, L10, L11, L12, L13, L14, L15, L16, L17, L18, L19, L20, L28, L87, L92, L93, L96, L97, L99
Neuropatías	N04, N05, N06, N08, N18, N29, N93, N94
Patología ocular	F01, F02, F03, F04, F13, F14, F92, F93
Patología de la voz	R21, R23, R77
Patología respiratoria	R01, R02, R03, R05, R08, R29, R75, R82, R83, R91, R93, R95, R96, R97
Patología de la piel	S01, S02, S04, S05, S86, S87, S88, S98
Neoplasias	B72, B73, B74, B99, S77, U75, U76, U77, U79, R84, R85

Tabla 6. Agrupación variable patologías en función clasificación CIAP

- Duración de la IT: categorizada en 5 tipos de procesos según su duración, tomando de referencia el artículo 2 de la Orden ESS/1187/2015, en el que se establecen 4 tipos de procesos (Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2015).
 - Proceso de muy corta duración: <5 días
 - Proceso corta duración: 5-30 días
 - Proceso de media duración: 31-60 días
 - Proceso de media-larga duración: 61-90 días
 - Proceso de larga duración: > 91 días
- Fecha de inicio de la IT:
 - Día de la semana de inicio de la IT: lunes, martes, miércoles, jueves, viernes, sábado, domingo
 - Mes del año del inicio de la IT: enero, febrero, marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre, diciembre
- Fecha de fin de la IT:
 - Día de la semana de fin de la IT: lunes, martes, miércoles, jueves, viernes, sábado, domingo

Metodología

Mes del año de fin de la IT: enero, febrero, marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre, diciembre

Entre los criterios para sospechar que una enfermedad tiene un origen laboral hay que destacar que están suelen mejorar en los periodos de vacaciones o tras días de descanso por lo que las patologías que tengan mayor prevalencia en los periodos postvacacionales (Enero, Septiembre, Octubre) y las que sucedan determinados días de la semana se asimilará que podrían tener un origen laboral.

3.3.2.- Análisis de datos

El análisis estadístico se divide en dos partes; primero se ha realizado un análisis descriptivo simple de las variables sexo, edad, patología, fecha de inicio de la IT y fecha fin de la IT. Cada una de las variables fue descrita para el total de la población.

Se describieron frecuencias, medias y desviaciones típicas para variables cuantitativas y frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas. Posteriormente se ha estudiado la asociación de variables de las patologías, sexo y edad con duración de la baja. Ambos análisis fueron realizados a través del Software IBM® SPSS® Statistics V20.0.0. Se ha utilizado el test Chi Cuadrado para analizar las asociaciones o dependencias entre dos variables cualitativas, test F del análisis de la varianza (ANOVA) para una variable cuantitativa a través de un factor (variable cualitativa). El objetivo del ANOVA es testar si entre los grupos hay diferencias significativas en las medias o no.

Para todos los test realizados, se considera una significación estadística con valores de $p < 0.05$, para un intervalo de confianza del 95%.

Conviene recordar que la prueba ANOVA es una prueba paramétrica y como tal requiere una serie de supuestos para poder ser aplicada correctamente, se requiere que cada uno de los grupos a comparar tenga distribuciones normales y homocedasticidad o igualdad de varianzas. Se opta por no utilizar pruebas no paramétricas, debido al elevado número de datos de la población, y la imposibilidad de realizar dichos cálculos en el programa estadístico.

Metodología

Para poder asumir la normalidad, es necesario realizar una transformación logarítmica de la variable duración de la IT.

Además del análisis ANOVA, para determinar en qué grupo concretos existen las diferencias, utilizamos el contraste a posteriori “post hoc” Bonferroni

En la siguiente Figura 11, se detallan las variables sobre las que se realizaron las comparaciones.

Duración incapacidad temporal	Patologías
<ul style="list-style-type: none">• Patologías• Edad• Sexo	<ul style="list-style-type: none">• Grupos de edad• Sexo• Fecha de baja (día y mes)• Fecha de alta (días y mes)

Figura 11. Comparación de variables

3.3.3. Cálculo de estimación de enfermedades de posible origen laboral.

Tras el análisis estadístico, para calcular la estimación de enfermedades de posible origen laboral y llegar así al objetivo principal del estudio, utilizamos el estudio de Gadea et al (2008), tomando de referencia las estimaciones de prevalencia (por 100 trabajadores) obtenidas en el citado estudio, basadas en la información de la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo y la European Labour Force Survey. De las estimaciones calculadas, seleccionamos los grupos de enfermedades de origen laboral referentes a las enfermedades de nuestro estudio, mostradas en la Tabla 7.

En base a esta tabla, serán estimadas las EEPP en Atención Primaria extrapolando estos datos a nuestro estudio y poder así valorar los resultados en la Discusión de la presente Tesis

Metodología

HOMBRES	Estimación superior	Estimación inferior
Enfermedades osteomusculares	2,22	6,15
Enfermedades pulmonares	0,36	0,35
Dolor de cabeza, fatiga visual	0,13	1,62
Hipoacusia o sordera por ruido	0,18	0,24
Enfermedades de la piel	0,1	0,47
Otras	0,26	0,82

MUJERES	Estimación superior	Estimación inferior
Enfermedades osteomusculares	2,62	9,63
Enfermedades pulmonares	0,31	0,54
Dolor de cabeza, fatiga visual	0,19	3,21
Hipoacusia o sordera por ruido	0,05	0,38
Enfermedades de la piel	0,13	0,76
Otras	0,27	0,44

Tabla 7. Estimaciones de prevalencia de enfermedades de origen laboral. Fuente: (García & Gadea, 2008)

3.4.- Consideraciones éticas-legales.

En todo momento se ha garantizado la confidencialidad de los datos personales, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos, y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

No se han recogido datos que permitan la identificación de los pacientes, ni la presentación de los datos permite identificarlos.

El presente estudio cuenta con la aprobación del Comité de Investigación de Atención Primaria y del Comité de Ética del Hospital Gregorio Marañón. ANEXOS II y III

En todas las fases de elaboración del presente estudio se atendió a los principios fundamentales de la bioética

RESULTADOS

Resultados

4. RESULTADOS

Los resultados se presentan con la finalidad de exponerlos lo más claramente posible, en dos bloques, en primer lugar, analizaremos los resultados descriptivos para posteriormente poder evidenciar las relaciones existentes entre las distintas variables.

El número total de la población obtenida es de 130.771 procesos de incapacidad temporal de pacientes que acuden a los centros de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.

Cada una de las variables será descrita para el total de la población. Se describieron frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones típicas.

4.1.- Distribución por sexo.

En la población estudiada la distribución por sexo tiene una mayor frecuencia de mujeres que de hombres. Los 130771 casos estudiados corresponden a 49.852(38.1%) hombres y 80.919 (61.9%) mujeres.

4.2.- Distribución por edad.

Si se analiza la población en función de la edad, encontramos que la media de la misma es de 41.81 años, con una desviación típica de ± 10.72 años, siendo la edad del paciente más joven de 16 años y la edad del paciente más mayor de 65 años. Esta distribución se representa gráficamente en la Figura 12

Las diferencias de medias y otros valores relacionados con la edad entre hombres y mujeres quedan reflejados en la Tabla 8

	SEXO	N	Media	Desv. Típ	Error típ.	Mín.	Máx.	Mediana	Rango	IC. 95%	
										Inf	Sup
EDAD	Hombre	49852	42,4	10,949	.049	16	65	42	49	42,31	42,5
	Mujer	80919	41,45	10,572	.037	17	65	40	48	41,34	41,52
Total	130771										

Tabla 8. Distribución por edad entre hombres y mujeres

Resultados

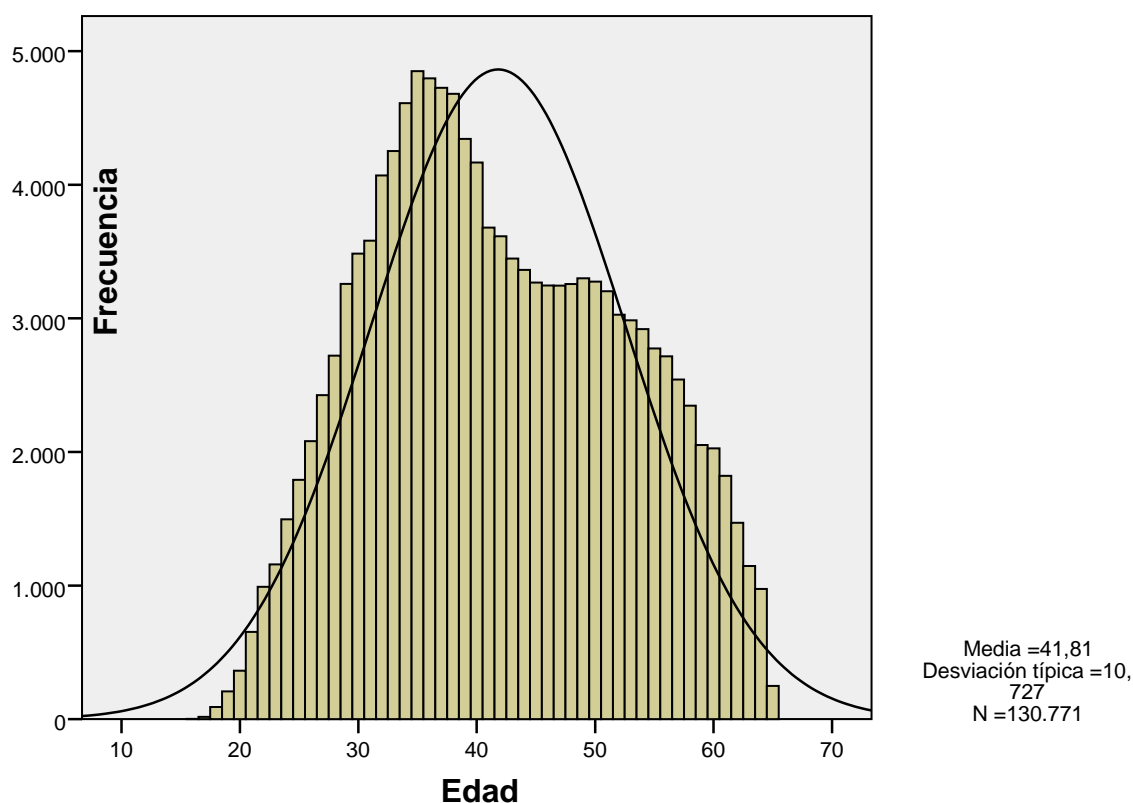


Figura 12. Distribución por edad de los pacientes

Estamos ante una población joven en la que más de la mitad de los sujetos tienen menos de 45 años.

La distribución por rangos de edad y sexo, se representa en la Figura 13.

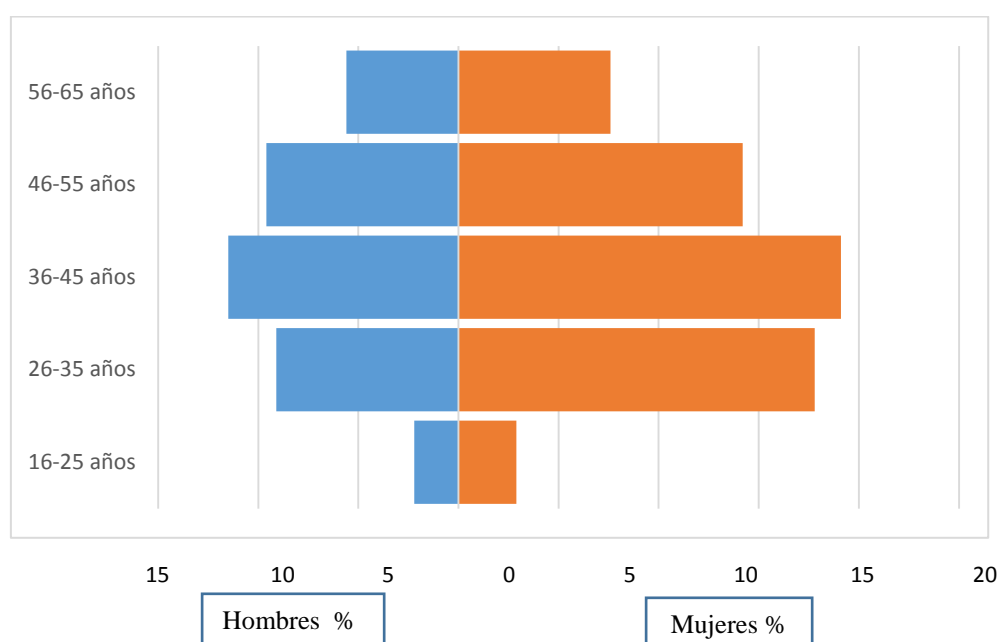


Figura 13. Distribución de la población por grupos de edad y sexo

Resultados

4.3.- Distribución por patologías.

La distribución por patologías se representa en la Figura 14. Como podemos observar las patologías más frecuentes son las patologías osteomusculares: la patología lumbar, bursitis, tenosinovitis y otras; patología cervical y dorsal y neuropatías, suman el 82.2 % del total de episodios de incapacidad laboral.

La patología auditiva es la de menor frecuencia.

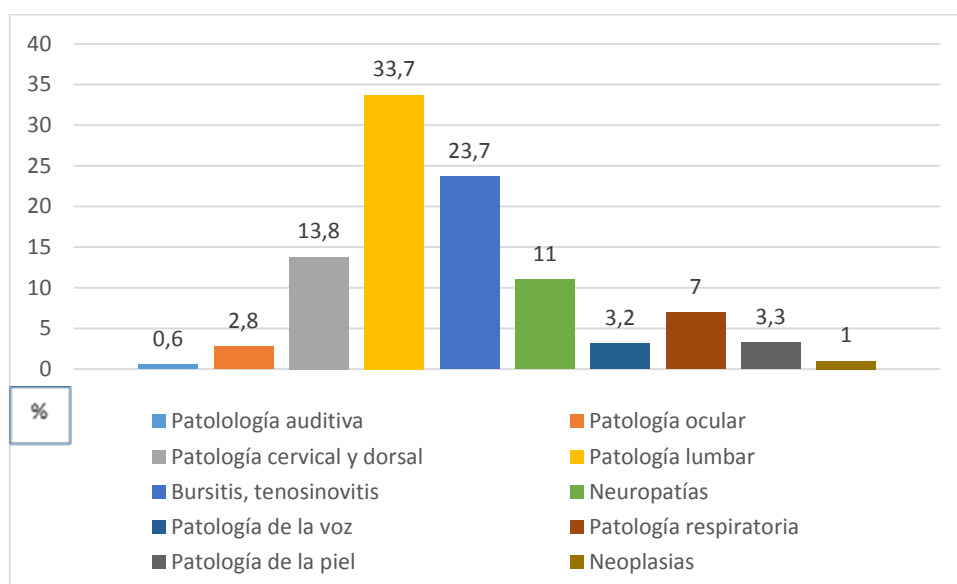


Figura 14. Distribución por grupos de patologías

Si analizamos la frecuencia de las patologías en función del sexo, en la Figura 15, observamos en qué patologías la frecuencia es mayor en mujeres y en cuales es mayor en hombres, estableciéndose diferencias estadísticamente significativas entre ambos ($p = .000$)

Resultados

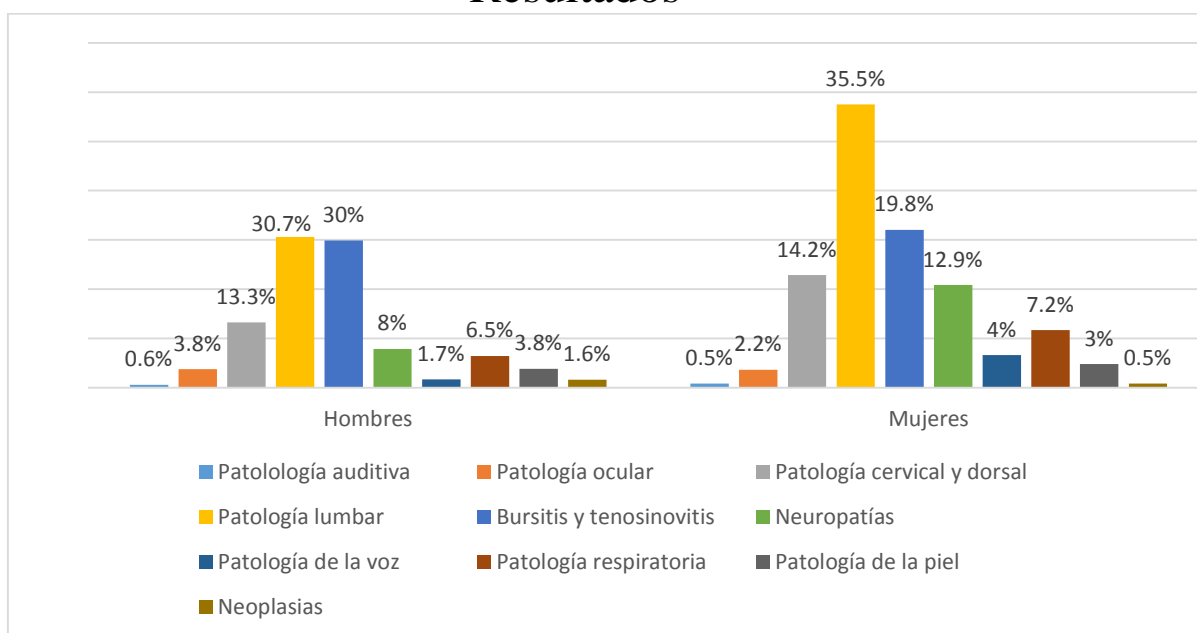


Figura 15. Distribución por patologías y sexo

4.4.- Distribución por duración de la incapacidad temporal.

La media de los días de baja de los procesos de incapacidad temporal es de 24,14 días, con una desviación típica del 36.003, en el que mínimo es un día 1 y máximo 365.

La duración media de días de baja por sexo las podemos ver en la Tabla 9.

	SEXO	N	Media	Desv. Típ
EDAD	Hombre	49852	23.46	36.933
	Mujer	80919	24.56	35.441
Total		130771	24.14	36.003

Tabla 9. Duración media de incapacidad temporal por sexo.

En la Tabla 10, se recogen los procesos de incapacidad temporal por tramos de días de baja. Los procesos de corta duración son los más comunes 46.5% y los menos frecuentes, los procesos de muy larga duración 5.4%.

Resultados

	Frecuencia	Porcentaje
Proceso de muy corta duración: <5 días	38148	29,2
Proceso corta duración: 5-30 días	60774	46,5
Proceso de media duración: 31-60 días	17652	13,5
Proceso de media-larga duración: 61-90 días	7188	5,5
Proceso de larga duración: > 91 días	7009	5,4
Total	130771	100

Tabla 10. Distribución por tramos de duración de días de la incapacidad temporal

4.5. Distribución de los procesos por fecha de baja y alta de la incapacidad temporal.

La fecha de alta y baja de la incapacidad temporal se representa en relación al día de la semana en la Figura 16 y en relación al mes del año en la Figura 17.

Los resultados obtenidos son que los lunes y los martes son más frecuentes el comienzo de las bajas por incapacidad temporal, y el número de altas de procesos de incapacidad temporal es mayor los viernes.

En referencia al inicio de las bajas de incapacidad temporal, en los meses de marzo y octubre, encontramos los mayores porcentajes, y las altas de estos procesos se dan con más frecuencia en febrero y octubre.

Resultados

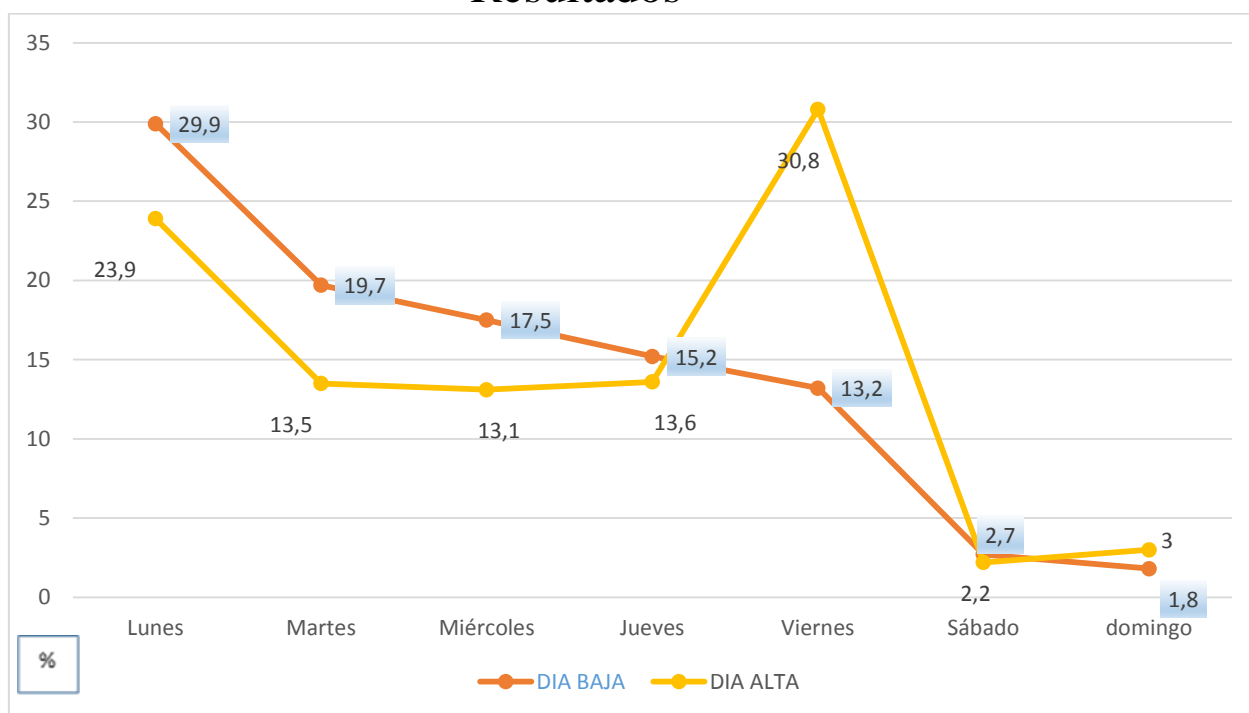


Figura 16. Distribución de los procesos de incapacidad temporal por día de la semana de baja y de alta

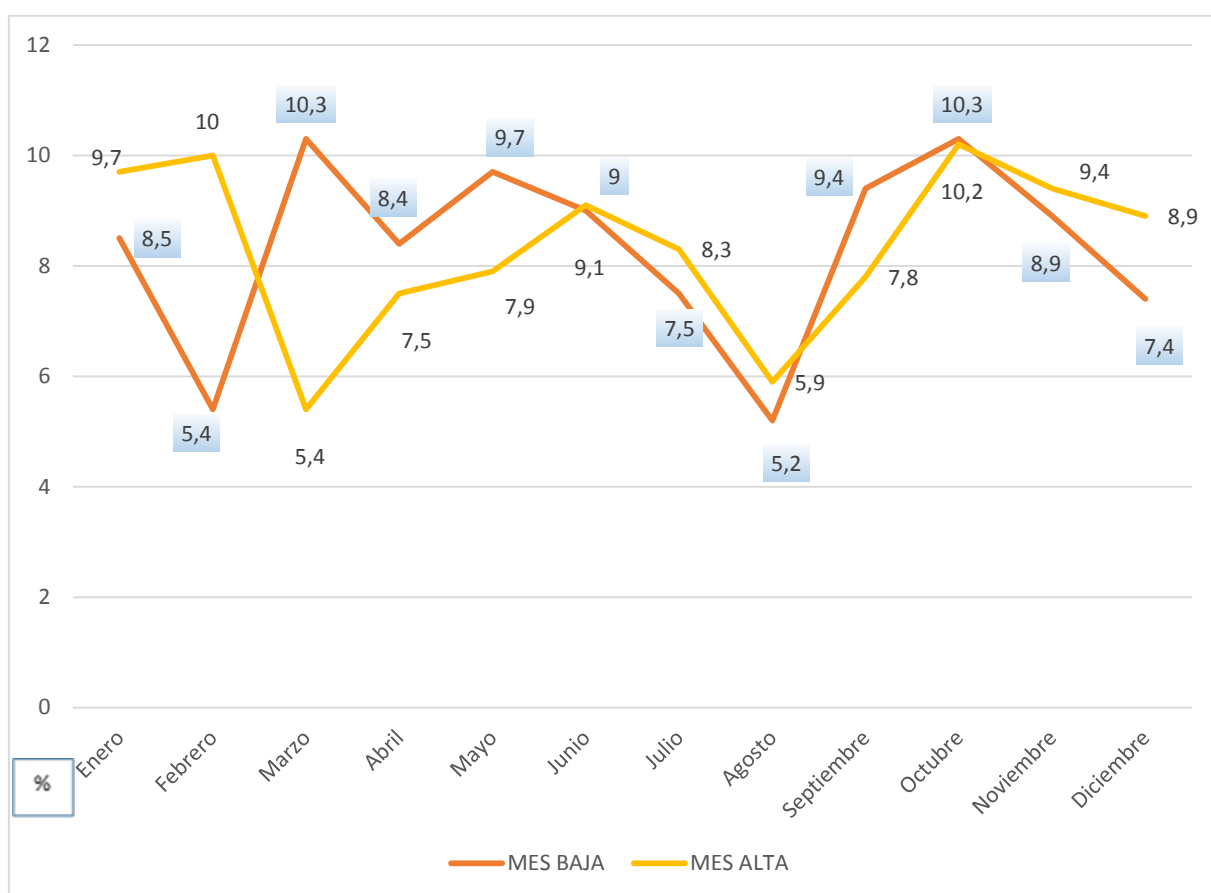


Figura 17. Distribución de los procesos de incapacidad temporal por mes de baja y de alta

Resultados

4.6.- Comparación entre duración de la incapacidad temporal y patologías.

En base a los resultados de la Tabla 11, observamos que la patología con mayor duración de tiempo de baja son las neoplasias y las de menor la patología de la voz.

En relación a la duración de la incapacidad temporal por patologías, nos encontramos que existen diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes patologías ($p < 0.05$), excepto entre la patología auditiva con la patología cervical y dorsal y neuropatías; entre patología lumbar y ocular; y patología de la voz y patología respiratoria.

Tabla 11. Duración de la incapacidad temporal por patología

	N	Media	Desviación típica	IC al 95%		Mínimo	Máximo
				Límite inferior	Límite superior		
Patología auditiva	741	19	32,052	16,69	21,31	1	322
Patología ocular	3723	25,06	26,586	24,21	25,91	1	305
Patología cervical y dorsal	18070	20,41	32,94	19,93	20,89	1	359
Patología lumbar	44060	26,55	35,801	26,22	26,88	1	363
Bursitis, tenosinovitis, otras	30983	31,6	43,374	31,12	32,09	1	365
Neuropatías	14372	20,27	31,744	19,75	20,79	1	349
Patología de la voz	4141	8,39	19,217	7,81	8,98	1	361
Patología respiratoria	9095	10,4	19,819	10	10,81	1	348
Patología de la piel	4330	14,21	23,978	13,5	14,93	1	342
Neoplasias	1256	39,76	54,506	36,74	42,78	1	353
Total	130771	24,14	36,003	23,95	24,34	1	365

Resultados

4.7.- Comparación entre duración de la incapacidad temporal y edad.

En la Tabla 12, tenemos los resultados de la comparación entre las duración de la incapacidad, clasificadas por procesos según su duración y la edad, obteniendo significación entre ambas variables ($p = .000$)

En negrita se señala en qué grupo de edad, predomina uno u otro proceso de incapacidad temporal según la duración de días.

	16-25	26-35	36-45	46-55	56 y más	Total
Proceso de muy corta duración: <5 días	2791	11564	12112	8435	3246	38148
Proceso corta duración: 5-30 días	3047	15196	18822	15204	8505	60774
Proceso de media duración: 31-60 días	540	4886	5255	4036	2935	17652
Proceso de media-larga duración: 61-90 días	207	2095	2039	1656	1191	7188
Proceso de larga duración: > 91 días	187	1594	1859	1901	1468	7009
Total	6772	35335	40087	31232	17345	130771

Tabla 12. Comparación entre duración de la incapacidad por edad

4.8.- Comparación entre patologías por grupos de edad y sexo.

Ahora en este apartado vamos a realizar la comparación de la variable patologías con el sexo y los grupos de edad, representados en la Figura 18.

Observando ambos gráficos, vemos que la mayoría de patologías prevalece en ambos sexos en el grupo de 36 a 45 años, excepto la patología ocular que en ambos sexos prevalece en el grupo de mayor edad.

Las neoplasias en hombres son más frecuentes que en el grupo de las mujeres, principalmente en mayores de 45 años.

Resultados

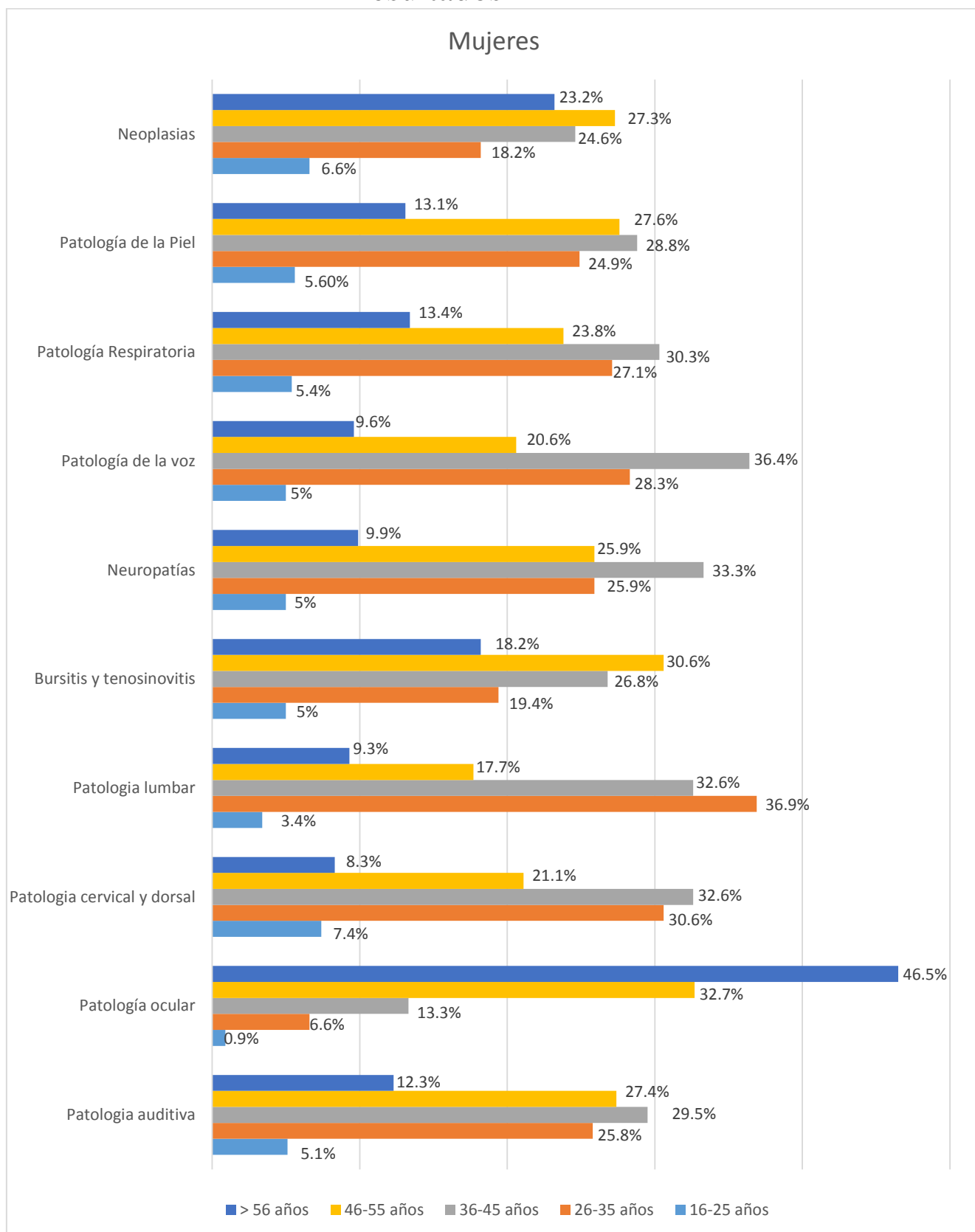


Figura 18. Comparación de patologías, grupos de edad y sexo

Resultados

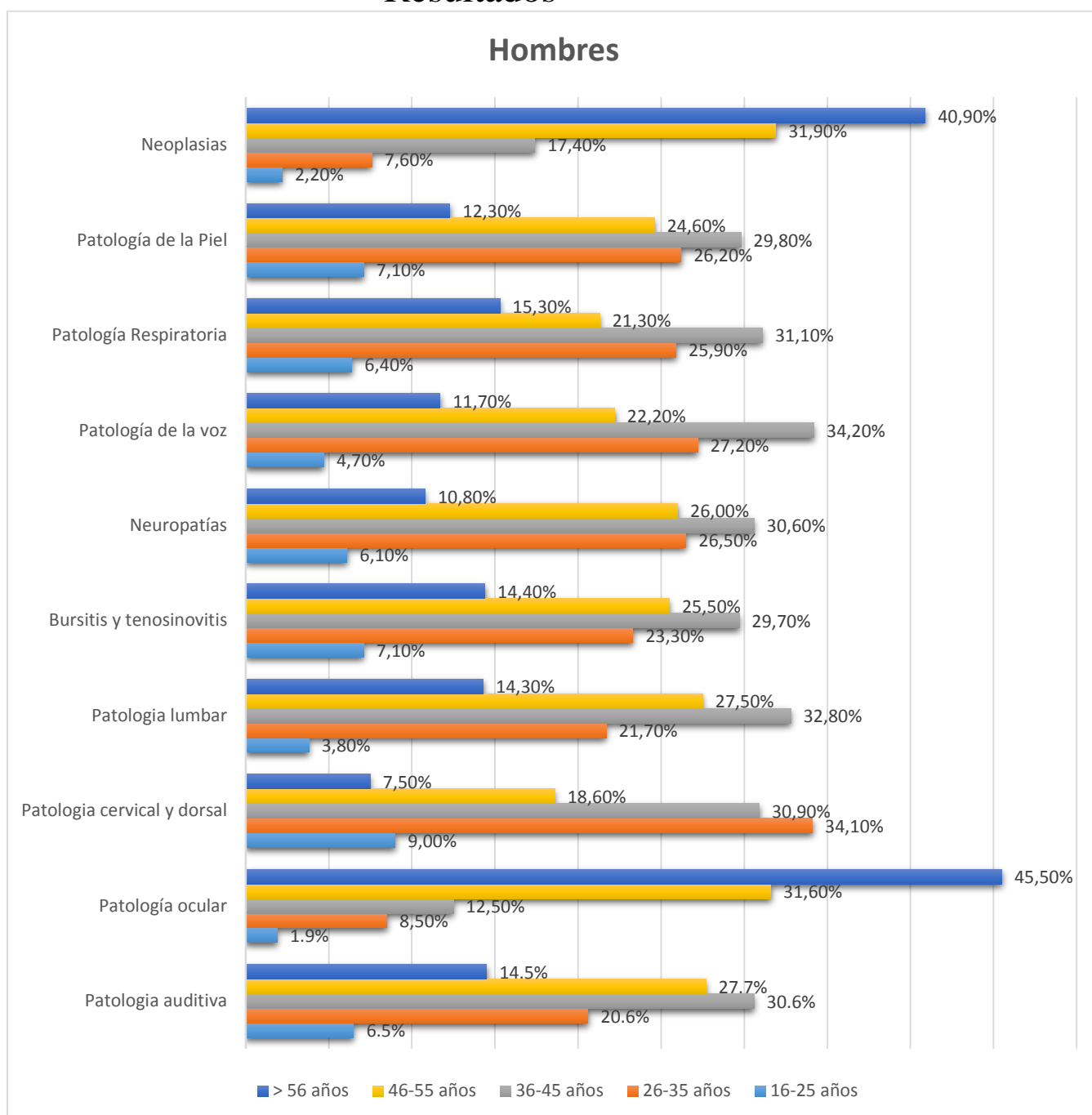


Figura 18. Comparación de patologías, grupos de edad y sexo

A continuación, en la Tabla 13 se representa el nivel de significación ($p < 0.05$) entre estas variables en función de duración de la baja, llegando a la conclusión que existen diferencias en mayoría de los grupos de edad por patologías tanto en hombres como en mujeres. El grupo de neuropatías y bursitis, tenosinovitis y otras, no aparece en la tabla ya que en todas las comparaciones ($p = .000$).

Resultados

Patología respiratoria		26-35 años	36-45 años	46-55 años	>56 años
16-25 años	H	1	.000	.000	.000
	M	1	0,229	.000	.000
26-35 años	H		.000	.000	.000
	M		0,094	.000	.000
36-45 años	H			.000	.000
	M			.000	.000
46-55 años	H				.000
	M				.000
Patología de la piel					
16-25 años	H	1	1	0,025	0,008
	M	1	0,108	0,001	.000
26-35 años	H		0,001	.000	.000
	M		0,066	.000	.000
36-45 años	H			0,025	0,01
	M			0,096	0,071
46-55 años	H				1
	M				1
Neoplasias					
16-25 años	H	1	1	1	1
	M	1	0,539	0,039	0,142
26-35 años	H		1	0,521	0,582
	M		1	0,172	0,789
36-45 años	H			0,025	0,025
	M			1	1
46-55 años	H			.000	1
	M			.000	1
Patología auditiva					
16-25 años	H	1	0,669	0,02	.000
	M	1	0,626	0,735	0,161
26-35 años	H		1	0,105	.000
	M		0,002	0,003	0,001
36-45 años	H			0,306	0,001
	M			1	1
46-55 años	H				0,42
	M				1

Resultados

Patología ocular		26-35 años	36-45 años	46-55 años	>56 años
16-25 años	H	1	0,005	.000	.000
	M	0,569	0,048	.000	.000
26-35 años	H		0	.000	.000
	M		0,564	.000	.000
36-45 años	H			.000	.000
	M			.000	.000
46-55 años	H				0,004
	M				.000
Patología de la voz					
16-25 años	H	1	0,167	.000	.000
	M	1	0,014	.000	.000
26-35 años	H		0,046	.000	.000
	M		0,017	.000	.000
36-45 años	H			0,001	.000
	M			.000	.000
46-55 años	H				0,392
	M				0,234
Patología cervical y dorsal					
16-25 años	H	1	0,003	.000	.000
	M	0,019	.000	.000	.000
26-35 años	H		.000	.000	.000
	M		0,887	.000	.000
36-45 años	H			.000	.000
	M			0,001	.000
46-55 años	H				.000
	M				.000
Patología lumbar					
16-25 años	H	0,531	.000	.000	.000
	M	.000	.000	1	0,001
26-35 años	H		.000	.000	.000
	M		.000	.000	.000
36-45 años	H			.000	.000
	M			.000	.000
46-55 años	H				
	M				

Tabla 13. Nivel de significación ($p < 0.05$) entre sexo, edad y patología con duración de la incapacidad temporal

Resultados

4.9.- Comparación entre patologías y fecha de la incapacidad temporal.

En el apartado 4.5 de distribución de la fecha del alta y baja de la incapacidad ya hemos visto en que días de la semana es más frecuente el proceso de baja y de alta en general, pero ahora vamos a estudiar la frecuencia del día de la semana de baja y alta de la incapacidad por patologías y si existen diferencias estadísticamente significativas entre ellas.

En la Tabla 14, se señala en azul, que en todas las patologías, el lunes es el día en el que se producen la mayoría de los procesos de baja de incapacidad temporal.

En la Tabla 15, se señala también en azul el día de mayor número de altas en las diferentes patologías, y como podemos apreciar se sitúan en la columna del viernes.

	Día de la semana que se solicita la baja						
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Patología auditiva	197	174	133	132	78	18	9
Patología ocular	941	801	755	721	448	36	21
Patología cervical y dorsal	5231	3466	3159	2700	2390	654	470
Patología lumbar	14701	8751	7279	6070	5529	1039	691
Bursitis y tenosinovitis	9276	5921	5411	4696	4200	870	609
Neuropatías	3539	2819	2673	2603	2102	389	247
Patología de la voz	1159	823	783	661	536	105	74
Patología respiratoria	2680	1835	1606	1344	1182	268	180
Patología de la piel	1038	943	800	702	680	102	65
Neoplasias	356	277	246	199	142	15	21

Tabla 14. Comparación entre patologías y día de baja de la incapacidad temporal

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Patología auditiva	197	109	101	91	216	8	19
Patología ocular	923	520	492	433	1275	30	50
Patología cervical y dorsal	4371	2474	2361	2409	5673	321	461
Patología lumbar	10064	5860	5732	6146	12589	1546	2123
Bursitis y tenosinovitis	7984	4100	3803	4294	9863	389	550
Neuropatías	3408	2247	2090	2000	3997	275	355
Patología de la voz	848	461	547	569	1570	62	84
Patología respiratoria	2004	1167	1248	1133	3188	148	207
Patología de la piel	1102	553	582	492	1438	74	89
Neoplasias	306	188	144	161	411	24	22

Tabla 15. Comparación entre patologías y día de alta de la incapacidad temporal

En ambos casos (altas y bajas) se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las variables estudiadas ($p=.000$)

Resultados

Por último, vamos a ver los resultados de la comparación entre las patologías y el mes de baja y alta en la incapacidad.

La Tabla 16 muestra las patologías en función del mes de baja. Se señalan en verde los meses en los que se producen más bajas para cada una de las patologías.

	En	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Agos	Sept	Oct	Nov	Dic
Patología auditiva	68	59	77	53	61	68	55	42	56	81	73	48
Patología ocular	255	154	395	336	367	369	297	148	380	445	338	239
Patología cervical y dorsal	1386	1010	1800	1512	1723	1584	1422	990	1709	1887	1662	1385
Patología lumbar	3451	1969	4507	3695	4158	4114	3552	2610	4440	4343	3847	3374
Bursitis, tenosinovitis, otras	2071	1250	3317	2702	3251	3127	2520	1742	3165	3174	2663	2001
Neuropatías	1089	730	1461	1288	1347	1214	1026	698	1331	1635	1421	1132
Patología de la voz	689	508	456	291	305	265	163	97	224	415	368	360
Patología respiratoria	1740	1103	924	584	957	521	278	182	445	906	747	708
Patología de la piel	340	235	447	347	424	427	358	183	370	440	430	329
Neoplasias	91	56	126	118	138	128	120	74	118	114	92	81

Tabla 16. Comparación entre patologías y mes de baja de la incapacidad temporal

Resultados

La siguiente tabla (Tabla 17) muestra las patologías en función del mes de alta. Se señalan en verde los meses en los que se producen más altas para cada una de las patologías.

	En	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Agos	Sept	Oct	Nov	Dic
Patología auditiva	74	91	34	67	55	55	60	44	62	79	71	49
Patología ocular	284	329	162	327	321	354	359	212	262	399	376	338
Patología cervical y dorsal	1607	1684	1077	1383	1395	1640	1532	1104	1402	1868	1730	1648
Patología lumbar	4033	4156	2145	3271	3393	4023	3775	2874	3762	4525	4149	3954
Bursitis,tenosinovitis, otras	2730	2948	1437	2189	2334	3071	2960	1980	2649	3162	2811	2712
Neuropatías	1273	1288	798	1143	1219	1313	1110	803	1117	1486	1440	1382
Patología de la voz	645	626	372	323	279	280	170	105	191	407	372	371
Patología respiratoria	1583	1461	687	654	843	598	340	205	343	888	738	755
Patología de la piel	326	384	319	337	385	410	379	241	315	414	429	391
Neoplasias	129	137	43	73	104	123	109	94	109	112	120	103

Tabla 17. Comparación entre patologías y mes de alta de la incapacidad temporal

En ambos casos (mes de baja y mes de alta) se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las variables estudiadas ($p=.000$).

DISCUSIÓN

Discusión

5.DISCUSIÓN

5.1.- Discusión de la metodología.

Hay que considerar que cuando un trabajador sufre una enfermedad profesional, mejora mientras se encuentra en un situación de incapacidad laboral y empeora al reincorporarse, esto puede dar lugar a procesos de repetición de incapacidad laboral por el mismo motivo y falta de respuesta a los tratamientos prescritos y pruebas diagnósticas (Secretaría de Salud Laboral, 2013).

En nuestro estudio, no tenemos datos sobre repetición de procesos de incapacidad laboral de un mismo paciente y una misma enfermedad. Tampoco fue posible obtener ningún dato sobre su historia laboral y sus condiciones de trabajo, factores fundamentales para la identificación de una enfermedad con posible origen laboral. Por ello, para la posterior discusión sobre los resultados de la población laboral estudiada, recurrimos a la EPA del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid, para obtener el sector económico de la población activa de la Comunidad de Madrid y poder tener así una visión general de la distribución de la población activa por sector económico durante el año 2014, mostrados en la Tabla 18.

	Total (*)	No ha trabajado en el último año	Agricultura y pesca	Industria	Construcción	Comercio	Hostelería	Transporte y comunicación	Actividades de los negocios y financieras	Otros servicios
AÑO										
2014										
% horizontales										
Total	3.341,10	13,8	0,4	7,8	4,9	13,8	5	8,9	4,3	40,9
Varón	1.730,10	14,4	0,6	11,2	8,6	14,2	5,1	10,8	4,3	30,6
Mujer	1.611,00	13,3	0,2	4,2	1	13,4	4,9	6,8	4,4	52
% verticales										
Total (*)	3.341,10	461,9	13,5	262,1	165,3	461,8	167,5	296,4	145	1.367,60
Varón	51,8	53,7	81,9	74,1	90,2	53,3	53,2	63,3	51,6	38,7
Mujer	48,2	46,3	18,1	25,9	9,8	46,7	46,8	36,7	48,4	61,3

(*) Miles de personas

Tabla 18. Población activa de la Comunidad de Madrid por sector económico. Año 2014. Fuente: EPA (Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid)

Por otro lado, respecto a la elección de los códigos CIAP, explicados en la metodología, fue clave disponer del estudio de Benavides et al (2010), en el que está

Discusión

demostrada evidencia científica de la relación causal entre trabajo y los códigos seleccionados. Estos autores también afirman, que aunque el estudio se realizó en Cataluña, puede ser extrapolado al resto de España.

En los diagnósticos seleccionados no se contemplaron ninguno relacionado con agentes biológicos ni con agentes químicos, por lo que en el posterior análisis de los datos de la investigación, no podremos comparar los resultados con los datos de enfermedades profesionales del grupo 1 y del grupo 3.

En base a los diagnósticos obtenidos en nuestra investigación, están clasificados en base a la clasificación CIE-9, pero en el parte de enfermedad profesional aparecen el código CIE-10, por lo que se considera un factor confusor a tener en cuenta.

Debido al gran volumen de episodios de incapacidad temporal solicitados y de las gestiones necesarias para su obtención, se requirió un tiempo prolongado hasta la recopilación de todos los datos por parte de Atención Primaria de Salud.

Sobre el análisis de los datos en relación con la fecha de sobre la fecha de alta y de la baja en relación con las enfermedades profesionales, es importante señalar que antes de la entrada en vigor del RD 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan los aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración, los partes de confirmación de la baja se expedían al 4ª día de la baja y luego semanalmente tras el alta, y en caso de contingencias profesionales se confirmaba a los 7 días. Con la publicación del RD 625/2014 y la Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio, esto cambió.

A partir de la entrada en vigor del RD 625/2014 y la Orden ESS/1187/2015 que lo desarrolla, se describen cuatro grupos de procesos, según la duración prevista en el momento de la baja, como ya vimos en el apartado de la metodología de este trabajo. No obstante, los procesos podrán ir cambiando de un grupo a otro si fuera necesario. Estos procesos aunque se han nombrado en la metodología, se resumen a continuación (Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, 2015)

Discusión

Duración estimada inferior a cinco días: se emite el parte de baja y el de alta en el mismo día. La fecha del alta puede coincidir con la de la baja o cualquiera de los 3 días naturales siguientes a ésta. Si a la fecha del alta el trabajador no se hubiera recuperado, se podrá emitir parte de confirmación.

- **Duración estimada entre cinco y treinta días:** se emite el parte de baja y el de confirmación se expedirá a los siete días. Si el trabajador continúa en situación de incapacidad los siguientes partes deberán emitirse con una diferencia máxima de 14 días naturales entre sí.

- **Duración estimada entre treinta y uno y sesenta días:** se emite el parte de baja y el de confirmación se expedirá a los siete días, tras el primer parte de confirmación los siguientes deberán emitirse con una diferencia máxima de 28 días naturales entre sí.

- **Duración estimada de sesenta y uno o más días:** se emite el parte de baja y el de confirmación se expedirá a los catorce días y los siguientes, como máximo, cada treinta y cinco días.

Los médicos disponen de una herramienta orientativa que calcula la estimación de la duración de una incapacidad temporal según enfermedad y unas determinadas variables, como edad y ocupación.

Por eso se explica que tengamos fechas de alta en fin de semana.

Discusión

5.2.- Discusión de los resultados.

Según hemos visto en el apartado 1.2 las condiciones para que una enfermedad sea declarada como profesional son, la relación con el trabajo y que aparezca en el listado del Anexo 1 del RD 1299/2006 y para que se considere enfermedad relacionada con el trabajo, según lo dispuesto en el art. 156 2e) y 156 2f) de la LGSS.

Como anteriormente se ha explicado en la discusión de la metodología, la falta de datos laborales en nuestro estudio dificulta la identificación de posibles enfermedades profesionales y de enfermedades relacionadas con el trabajo.

No obstante, el informe CEPROSS y PANOTRATSS de los años 2014 y 2015, nos proporcionan la situación más fidedigna de las enfermedades profesionales a nivel nacional, por CCAA, distribuidas por edad, sexo y actividad económica (Secretaría de Estado de la Seguridad Social, 2014; Secretaría de Estado de la Seguridad Social, 2015). Por lo tanto, es la referencia a comparar con el presente estudio.

A continuación vamos a analizar las características de nuestra población, en relación al sexo y la edad, comparándolos primero con la población activa de Madrid y posteriormente con el informe del Observatorio de Enfermedades Profesionales.

En la análisis de los resultados se obtuvo que la mayor parte de la nuestra población eran mujeres, en los datos de la población activa de la Comunidad de Madrid de la Tabla 19 vemos que hay mayor porcentaje de hombres.

	Total (*) (%)	Varón	Mujer
Total (*) Miles de personas.	3.341,10	1730,10 (51,8)	1611,0 (48,2)
16 - 19 años	32,6 (1)	48,9 (0,9)	51,1 (1)
20 - 24 años	182,3 (5,5)	49,6 (5,2)	50,4 (5,7)
25 - 34 años	787,1 (23,6)	50,4 (22,9)	49,6 (24,3)
35 - 44 años	1055,8 (31,8)	52,2 (31,8)	47,8 (31,3)
45 - 54 años	827,5 (24,8)	52,7 (25,2)	47,3 (24,3)
55 - 64 años	431,3 (12,9)	52,6 (13,1)	47,4 (12,7)
65 o más años	24,5 (0,7)	56,8 (0,8)	43,2 (0,7)

Tabla 19. Población activa por edad. Año 2014. Fuente: EPA (Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid)

Discusión

En la tabla 19 observamos que el grupo de edad mayoritario de población laboral de Madrid se encuentra entre los 35-44 años de edad, coincidente con el grupo de edad más prevalente en nuestra investigación, que era el de 36 a 45 años.

La población laboral joven 16-25 años, es el grupo minoritario, debido principalmente a que el paro es uno de los problemas de la sociedad española actual, sobre todo, a lo que jóvenes se refiere, tanto por la falta de puestos de trabajo como por la denominada “fuga de cerebros” (Vega Fuente, 2016; Santos Ortega, 2013).

En nuestros resultados, los procesos de incapacidad laboral en el tramo de edad de 16-25 años son los de menor porcentaje, tanto por el motivo que acabamos de ver, pero también porque se presupone que por edad son los sujetos más sanos. Además, una de las características de las enfermedades profesionales es que aparecen tras largos periodos de latencia largos, que pueden llegar a ser años, y se manifiestan de manera lenta y progresiva (Falagán et al, 2000; Cavas Martínez et al, 2010)

En 2014, según los datos del informe CEPROSS, se comunicaron 17.260 partes de enfermedades profesionales, asociados a una actividad económica. De estos partes, el 51,62% corresponde a hombres y el 48,38% a mujeres. En 2015, son 19.138 partes los partes comunicados, de los que el 51,05% corresponde a hombres y el 48,95% a mujeres.

Como vemos, el mayor porcentaje de partes comunicados en ambos años, a nivel nacional, corresponde a los hombres, mientras que en nuestra población el porcentaje de procesos de incapacidad temporal corresponde a las mujeres.

Sin embargo, como se puede ver más adelante en la Tabla 25, el número de partes comunicados en la comunidad de Madrid, es mayor en mujeres que en hombres.

La edad media de los trabajadores de la investigación es de 41,81 años, en hombres 42.4 y mujeres 41.45. La edad media de los trabajadores del informe CEPROSS 2014 es un poco más mayor, 43,90 años, 43.88 en hombres y 43.91 en mujeres, y en el informe de 2015 está en 44.05, 44.02 en hombres y 44.08 en mujeres.

Discusión

La edad media en los procesos de enfermedad profesional es muy similar entre hombres y mujeres. Entre la edad y la duración de los procesos se establece correlación de que a mayor edad corresponden procesos más largos. En los resultados de nuestro estudio los procesos más largos se sitúan en la población de 46 a 55 años.

A continuación, se detallan los datos según partes cerrados, que son aquellos partes comunicados que bien se resuelven por alta por curación y/o alta laboral; cambio de puesto de trabajo; propuesta de incapacidad permanente, lesiones permanente no invalidantes, sin baja laboral en el último parte, u otras causas. Estos procesos pertenecen a un mismo trabajador y a una misma enfermedad profesional, y con ello, se determina el número acumulado de días de baja laboral.

Se considera que trabajadores con más de un trabajo, sólo se contabiliza como un solo parte en el caso de que estuviera duplicado.

- 2015: 7.557 procesos finalizados (el primer parte puede ser de años anteriores desde 2007): 54,19% son procesos que se componen de un solo parte con baja por incapacidad temporal, el 31,43% ha tenido una recaída, el 8,71% dos recaídas y el resto tres o más recaídas.
- 2014: 6.755 procesos finalizados, (el primer parte puede ser de años anteriores desde 2007): el 55,69% son procesos que se componen de un solo parte con baja por incapacidad temporal, el 31,30% ha tenido una recaída, el 8,69% dos recaídas y el resto tres o más recaídas.

La mayoría de los procesos se componen de un solo parte de incapacidad temporal.

Sobre la media de días de baja, en nuestros resultados obteníamos de media general 24.14 días, 23.46 en hombres y 24.56 en mujeres y por frecuencia de procesos de duración, el de mayor número estaba en los procesos de corta duración, entre 5-30 días, lo que difiere de los resultados de los informes oficiales, en el que la media de días de baja es mucho superior como vemos en la Tabla 20 y por tramos de duración, la duración más frecuente se sitúa entre 29-56 días, tanto para los hombres como para las mujeres.

Discusión

	2014			2015		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Grupo 1: Agentes químicos	64,85	75,93	68,9	46,4	69,22	56,61
Grupo 2: Agentes físicos	79,87	93,23	86,8	86,43	100,48	93,63
Grupo 3: Agentes biológicos	49,32	39,72	42,24	45,46	28,47	32,35
Grupo 4: Inhalación sustancias	105,69	125,9	110,81	11,65	136,56	118,74
Grupo 5: Enfermedades de la piel	59,79	45,75	52,19	51,42	49,32	50,26
Grupo 6: Agentes cancerígenos	269,19	149	254,17	218,75	649	266,56
TOTAL	79,7	85	82,48	83,37	88,49	86,07

Tabla 20. Duraciones medias (días). Fuente: Observatorio de enfermedades profesionales (Secretaría de Estado de la Seguridad Social, 2014; Secretaría de Estado de la Seguridad Social, 2015)

Por grupos de enfermedades profesionales la mayor duración se produce en el grupo 6, al igual que en nuestra población, pero con bastante variación en la media de días, principalmente condicionado a que como hemos explicado en la discusión de la metodología no disponemos de procesos repetidos de incapacidad laboral de un mismo trabajador y misma enfermedad.

Representados en la Tabla 21, en ambos sexos el mayor porcentaje se encuentra en las enfermedades del grupo 2, por la prevalencia mayoría de patología osteomuscular, al igual que en nuestra investigación.

En el informe CEPROSS de ambos años, la diferencia fundamental en relación al grupo de enfermedades y el sexo, se establece en la prevalencia mayor en mujeres de enfermedades profesionales del grupo 3, y en los hombres del grupo 4. Estas diferencias se atribuyen a los distintos sectores de actividad en hombres y mujeres. No obstante, no podemos comparar en nuestra investigación al no tener datos laborales.

Discusión

	2014			2015		
	Hombres %	Mujeres %	Total %	Hombres %	Mujeres %	Total %
2. Causadas por agentes físicos	79,03	78,23	78,63	81,31	76,13	78,62
3. Causadas por agentes biológicos	4,68	11,61	8,21	3,78	12,18	8,15
5. Enfermedades de la piel	5,63	5,68	5,35	5,23	6,17	5,72
4. Causadas por inhalación de sustancias	6,01	2,32	4,13	5,62	2,61	4,06
1. Causadas por agentes químicos	4,12	2,61	3,35	3,85	2,91	3,36
6. Causadas por agentes carcinógenos	0,53	0,15	0,33	0,21	0	0,1
Grupo EEPP y actividades económicas relacionadas con su incidencia				2014	2015	
Grupo 1: industria manufacturera, construcción, otros servicios				485	616	
Grupo 2: industria manufacturera, construcción, actividades suministro de agua, gestión de residuos, actividades administrativas y servicios auxiliares				14131	15616	
Grupo 3: actividades sanitarias y servicios sociales				935	1032	
Grupo 4: industria extractivas				702	777	
Grupo 5: otros servicios, industrias manufactureras				960	1074	
Grupo 6: * no se obtienen datos representativos por escaso número				47	23	

Tabla 21. Distribución por grupo de enfermedades, sexo y actividad económica. Fuente: Observatorio de enfermedades profesionales (Secretaría de Estado de la Seguridad Social, 2014; Secretaría de Estado de la Seguridad Social, 2015)

En hombres, el número mayor de bajas se encuentra en los sectores de fabricación de vehículos de motor, remolques y semirremolques, industria de la alimentación, fabricación de productos metálicos, excepto maquinaria y equipo y construcción especializada. En mujeres, estos sectores son los relacionados a las actividades sanitarias”, comercio al por menor” y servicios a edificios y actividades de jardinería. La presencia mayoritaria de mujeres en el sector de la sanidad relacionado estrechamente con los riesgos biológicos, hace que las bajas sean mayores en mujeres en este grupo (Vázquez Vega, 2010).

A su vez, en la Comunidad de Madrid en los informes oficiales de ambos años, nos indican que el mayor índice de incidencia de enfermedades profesionales en comparación con las otras CCAA se encuentran en el grupo 3 de agentes biológicos,

Discusión

asociado a actividades sanitarias y servicios sociales, sectores mayoritarios en la población activa de Madrid.

Como hemos indicado en la discusión de la metodología no disponemos de resultados en nuestro estudio de procesos de incapacidad laboral por riesgos biológicos que podamos comparar con estos resultados.

Sobre la evolución de los partes mensuales comunicados del informe CEPROSS, mostrados en la Figura 19, en comparación con los resultados en la Figura 17, como es de esperar, en agosto hay menos partes comunicados, coincidiendo con el periodo vacacional. En los meses de marzo y octubre es cuando más partes hay, al igual que en los resultados que vimos en nuestros resultados.

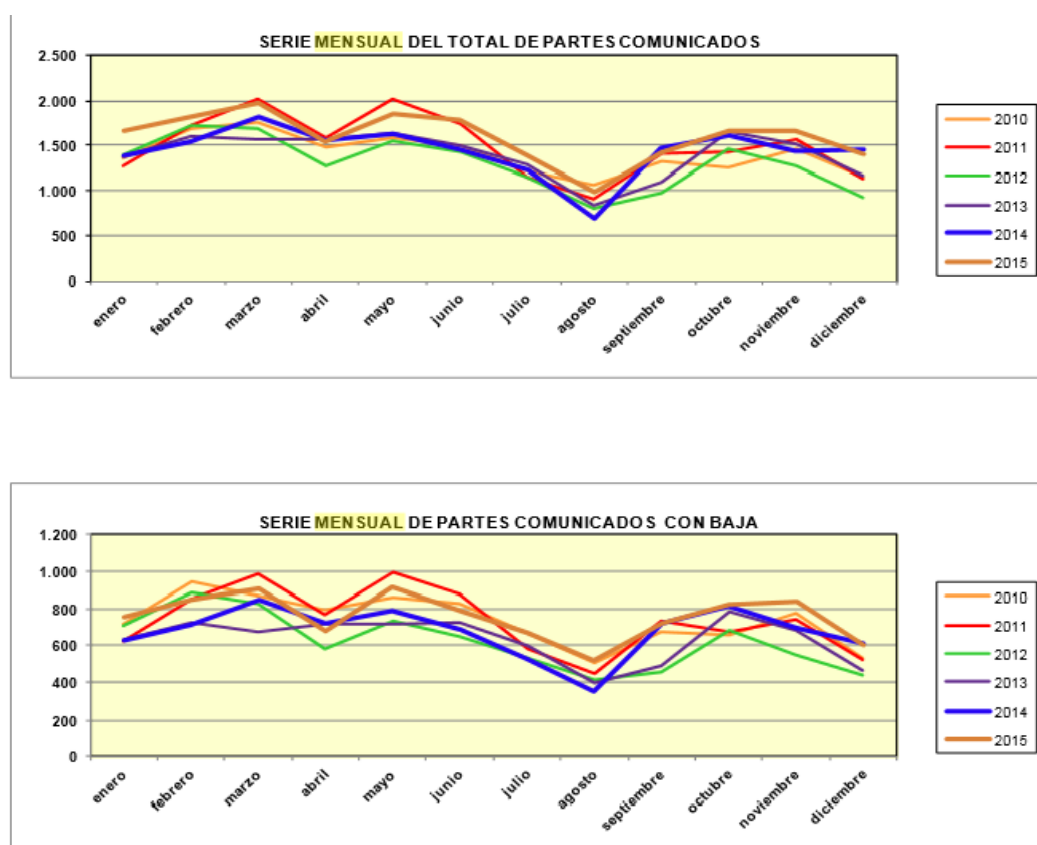


Figura 19. Evolución de partes comunicados oficiales. Fuente: Observatorio de enfermedades profesionales (Secretaría de Estado de la Seguridad Social, 2014; Secretaría de Estado de la Seguridad Social, 2015)

Respecto a las patologías no traumáticas recogidas en la Tabla 22, las enfermedades del aparato locomotor son las de mayor prevalencia, seguidas de las

Discusión

enfermedades de la piel. El mayor número de patologías se da en la industria manufacturera, seguida del comercio al por mayor y el por menor.

	2014	2015
Enfermedad causada por el trabajo		
01,- Enf. infecciosas y parasitarias	21	66
03,- En. de la sangre y sist. Inmunológico		1
04,- Enf. Endocrinas	168	87
05,- Desórdenes mentales	76	80
06,- Enf. del sistema nervioso central y periférico	248	270
07,- Enf. de los sentidos	369	322
09,- Enf. del sistema circulatorio	122	121
10,- Enf. del sistema respiratorio	114	86
11,- Enf. del sistema digestivo	102	89
12,- Enf. de la piel	354	411
13,- Enf. Del aparato locomotor	2322	2332
c. Enf. de la columna vertebral y espalda	1213	1127
e. osteopatía y condropatías	16	20
n. otras enfermedades del aparato locomotor	1093	1,185
14,- Enf. Del sistema genitourinario	2	6
18,- Sínt y observaciones clínicas o de laboratorio anormales	17	14
19,- Lesiones, heridas, intoxicaciones y otros factores externos	134	136
23,- Factores que afectan al estado sanitario	159	100
Total	4208	4121
Enfermedad o defecto agravado por el trabajo		
01,- Enf. infecciosas y parasitarias	1	1
04,- Enf. Endocrinas	5	
05,- Desórdenes mentales	18	14
06,- Enf. del sistema nervioso central y periférico	75	72
07,- Enf. de los sentidos	14	51
09,- Enf. del sistema circulatorio	56	18
10,- Enf. del sistema respiratorio	20	22
11,- Enf. del sistema digestivo	43	76
12,- Enf. de la piel	84	76
13,- Enf. Del aparato locomotor	1153	1098
c. Enf. de la columna vertebral y espalda	771	804
e. osteopatía y condropatías	22	20
n. otras enfermedades del aparato locomotor	360	274
18,- Sínt y observaciones clínicas o de laboratorio anormales	2	3
19,- Lesiones, heridas, intoxicaciones y otros factores externos	4	4
23,- Factores que afectan al estado sanitario	6	5
Total	1481	1377
Total	5689	5498

Tabla 22. Patologías no traumáticas. Fuente: Observatorio de enfermedades profesionales (Secretaría de Estado de la Seguridad Social, 2014; Secretaría de Estado de la Seguridad Social, 2015)

Discusión

En los resultados de la presente Tesis, el 82% de las patologías con un proceso de incapacidad temporal era por motivos de origen osteomuscular,

Entendiendo esta patología como trastornos musculoesqueléticos (TME), es decir, todas las alteraciones de origen laboral que sufren las estructuras corporales del sistema musculoesquelético.

En la bibliografía y fuentes oficiales consultadas, existe un denominador común, que es la situación de la patología osteomuscular como la de mayor prevalencia tanto a nivel internacional como nacional.

El informe publicado por la OIT con motivo del Día Mundial de la Seguridad y Salud en el Trabajo 2013, nos indica que los TME son la patología más frecuente en los países de la UE (Organización Internacional del Trabajo, 2013). Datos secundados por el informe de la Comisión Europea, que también señala las enfermedades musculoesqueléticas como las de mayor incidencia en la UE, seguidas de las derivadas del ruido, amianto y enfermedades de la piel (European Commission, 2013).

Según los datos más recientes de EUROGIP, los TME son uno de los problemas de salud laboral más preocupantes de Europa, 61% de los trabajadores europeos dicen estar expuestos a movimientos repetitivos de manos y brazos, un 43% a tareas dolorosas y fatigosas, el 33% a manipulación de cargas pesadas y el 20% a vibraciones. Existen diferencias aún mayores con respecto a los TME reconocidos en la UE. Francia es el país con mayor número de TME reconocidos (322 por 100.000 asegurados), seguido por España, Bélgica e Italia. Las proporciones más bajas se encuentran en los países que excluyen determinados TME o que son muy exigentes con respecto a la relación casual entre la exposición profesional y la enfermedad: Austria, Alemania, Suiza y Suecia. En España y Finlandia, numerosos casos de lumbago se reconocen como accidentes de trabajo cuando se producen (EUROGIP, 2016).

En EEUU, en un estudio realizado se llega a la conclusión que los TME son muy relevantes en el contexto del trabajo, y por cada 100 empleados, los TME cuestan a los empresarios unos 103.000 dólares (Summers, Jinnat & Bevan, 2015).

Discusión

En España, la incidencia de TME supera los registros europeos. Entre el 70-88% de las enfermedades profesionales y entre el 35-40% de los accidentes de trabajo se deben a TME (Moar, Álvarez Campana, González & Ramos, 2015). La mayor parte de los TME afectan a la espalda, cuello, hombros y extremidades superiores, aunque también a las inferiores pero con menor frecuencia (Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, 2000).

La VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo del año 2011, reveló que el 84% de los trabajadores tiene alguna molestia relacionada con posturas y esfuerzos derivados del trabajo que realiza, siendo la frecuencia superior en las mujeres. Entre las molestias más frecuentes son la zona baja de la espalda (44,9%), la nuca/cuello (34,3%) y la zona alta de la espalda (27,1%).

Por rama de actividad, estos trastornos se localizan en diferentes zonas del cuerpo. Las molestias en la parte baja de la espalda destacan en la rama de transporte y almacenamiento (53,7%), actividades sanitarias y sociales (52,2%) y construcción (52,5%). En cuello y zona alta de la espalda en el sector de comunicación, actividades financieras, científicas y administrativas, administración pública y educación y también en las actividades sanitarias y sociales. Por el tipo de trabajo, las molestias en miembros superiores se da más en el sector de agricultura, ganadería, y pesca (19,1%) y en la construcción (18,8%); los hombros, en actividades sanitarias y sociales (18,7%) y en metal (17,8%); y las molestias en las piernas, fundamentalmente en hostelería (27,3%) (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2012).

Los trabajadores de todos los sectores y profesiones pueden verse afectados por los diferentes riesgos, los movimientos repetitivos destacando ligeramente en industrias extractivas, transporte y construcción; posturas forzadas o fatigantes también en industria, construcción y actividades sanitarias y manipulación manual de cargas sobre todo a actividades sanitarias, construcción y agricultura (Villar Fernández, 2014; Sadeghian, Kasaeian, Noroozi, Vatani & Taiebi, 2014; Valero, Sivanathan, Bosch & Abdel-Wahab, 2015).

Discusión

En definitiva, observamos acorde a los resultados de la presente investigación se manifiesta que la patología osteomuscular es la de mayor prevalencia en la población laboral.

Cabe destacar que en la bibliografía consultada es fácil encontrar investigaciones que avalan la influencia de factores como la edad y el género, variables que tienen una relación significativamente estadística las patologías y los días de baja. Los resultados de nuestro estudio determinan que los procesos osteomusculares se dan más frecuentemente en mujeres (García Gómez & Castañeda López, 2006; González Gómez, 2011).

En el estudio realizado por Manent Bistué, Ramada Rodilla & Serra Pujadas (2016) una de las causas sobre esta mayor prevalencia en mujeres, la relacionan con la menor masa muscular que las podría hacer más susceptibles a presentar TME en trabajos con alta exigencia física. García Gómez, Castañeda López, Herrador Ortiz & Simón Soria (2017), explican que aunque las tasas de enfermedades profesionales según los informes oficiales son menores en mujeres que en hombres, al realizar un ajuste por la actividad de la empresa o la ocupación del trabajador, la edad y el año de declaración, los resultados se invierten.

Las neuropatías periféricas relacionadas con el trabajo, están favorecidos principalmente por movimientos repetitivos y aplicación de fuerza manual (RoelValdés, Arizo-Luque & Ronda-Pérez, 2006; You, Smith & Rempel, 2014). El síndrome del túnel carpiano es la más frecuente, afecta un 3% de la población general, con mayor incidencia en mujeres de entre 40 y 60 años, coincidente con nuestros resultados en la mayor frecuencia de neuropatías en mujeres en la edad de 36 a 46 años (Guillén Subirán, Jardón Dato, Hermosa Hernán& Tejedor Varillas, 2011).

En los resultados del estudio, después de todas las entidades de origen osteomuscular, la patología respiratoria es la más frecuente. El asma laboral es la más frecuente en países industrializados, por delante de neumoconiosis, silicosis y alveolitis alérgica extrínseca, provocadas por sustancias sensibilizantes en los trabajos (Quirce et al, 2016). Se calcula que el 20% de todos los casos de asma bronquial se desarrollan en el lugar del trabajo (Kogevinas et al, 2007; Cullinan et al, 2017)

Discusión

El asma ocupacional se caracteriza por la mejoría al finalizar la jornada laboral, los de fines de semana, en vacaciones, etc., aunque en algunos sujetos con enfermedad en estadios avanzados, los síntomas se mantienen incluso tras haber cesado la actividad laboral (Colomer Vilela, Ruiz Frutos & Marqués Marqués, 1999). Si nos fijamos en los resultados de la investigación, por la fecha de baja de la incapacidad laboral, la mayor parte de los procesos son los lunes, con lo que no se podría afianzar el argumento visto. Así como los meses en los que existen mayor parte de procesos de incapacidad son enero y febrero, meses en los que existe también un componente estacional en dichas patologías.

En los estudios encontrados el asma laboral es más frecuente en varones con una media de edad de entorno a 55 años (Abú Shams, Boldú, Tiberio, Tabar, Fernández Infante & Labarta, 2005). En el informe CEPROSS de los años 2014 y 2015, las enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados, también son más prevalente en hombres, coincidente en parte, con los resultados de nuestra población, en la que la patología respiratorio es más frecuente en hombres en los grupos de edad 36 a 45 años y en los mayores de 56 años.

Sobre las enfermedades de la piel, en ellas se engloban principalmente las dermatosis profesionales, ocasionadas por el contacto continuo con sustancias irritantes y nocivas, son muy frecuentes en la industria química y en la construcción (Belsita, 2005) De hecho el eccema del cemento es de los más extendidos (Halioua et al, 2007)

La forma más frecuente en el mundo laboral, entorno al 80% son las dermatitis de contacto irritativas Aunque los síntomas y la gravedad son variables, debido a la gran morbilidad que causan son de especial e interés. Otras dermatosis son, por ejemplo, la urticaria de contacto, el acné por aceites, el cloracné, las hipopigmentaciones químicas y las infecciones (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2003)

La amplia variedad de agentes que puede causarlas, hace que sean muchos los trabajos en los que se pueda desarrollar una enfermedad profesional relacionada con la

Discusión

piel, construcción, agricultura y ganadería, personal sanitario, peluquería, trabajos con plantas, industrias, limpiadores, hostelería y artes gráficas. (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2003; Barchino Ortiz, Cabrera Fernández, Moreno Manzano, Heras Mendaza, & Conde-Salazar Gómez, 2007; Cedeño, Karly, Rubial Carvajal, , & Ruiz Almirón, 2014)

Bordel Gómez, Miranda Romero & Castrodeza Sanz (2008), demostraron que las mujeres se sensibilizan antes que los hombres ante diferentes alérgenos sobre la piel. En particular las mujeres jóvenes con trabajos de peluquería, restauración, limpieza y profesiones sanitarias (Meding, 2000). En nuestra investigación sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres de mayor y menor edad.

La patología auditiva y la patología de la voz también causadas por agentes físicos también corresponden al grupo de 2 de enfermedades profesionales, si bien es cierto que en nuestro estudio no son de las más prevalentes, no dejan de ser menos importantes.

Los efectos nocivos del ruido sobre la audición son reconocidos desde antes de la LPRL de 1995, y los esfuerzos para tomar medidas preventivas frente a la pérdida de audición se llevan desarrollando desde hace años.

La OMS, en 1999, en *Guías para el ruido* declaró: "A nivel mundial, problemas de audición inducida por el ruido es el riesgo profesional irreversible más frecuente, y se estima que 120 millones de personas en todo el mundo han incapacitante dificultades de audición". A pesar de legislación para regular los niveles de ruido, sigue siendo uno de los problemas más importantes de salud ambiental en el siglo XXI.

La exposición es especialmente frecuente en industria y construcción y principalmente cuando hay ausencia de medidas preventivas (Gómez Mur, Pérez Bermúdez & Meneses Monroy, 2008; Pelegrin, Canuet, Rodríguez & Morales, 2015).

La revisión sistemática realizada por Lie et al, (2016) con una búsqueda en MEDLINE, Embase, Web of Science, Scopus, and Health and Safety Abstracts, obtiene de resultados que la exposición al ruido provoca entre el 7-21% de pérdida de audición

Discusión

en los trabajadores, que la incidencia es más alta en los países en desarrollo que en países desarrollados, supuestamente relacionada con la adopción de medidas de prevención. También habla de la dificultad de distinción entre la pérdida de audición relacionada con la edad.

Como en toda la patología laboral, para su adecuada prevención es necesaria una correcta evaluación e intervenciones eficaces como se refleja en otra revisión realizada por (Verbeek, Kateman, Morata, Dreschler & Mischke , 2014).

Respecto al género, es más habitual en hombres que en mujeres, también por trabajos expuestos al ruido (Masterson, Bushnell, Themann & Morata, 2016).

En esta patología, hay un factor muy importante, que es la edad, ya que la edad media de la vida hay más posibilidades de lesión por proceso degenerativo. Datos que corrobora nuestra investigación, al ser el grupo de varones mayores de 56 años, la patología más frecuente.

La patología de la voz, como enfermedad profesional, se reconoce por primera vez, a partir del RD 1299/2006 incluye en su Anexo 1 por primera vez la *“disfonía por nódulos vocales” como enfermedad profesional, reconociendo como mecanismo productor el “uso mantenido de la voz” en ciertas profesiones y como lesión producida, tras una exposición suficiente, los “nódulos vocales”*.

El trabajador debido al uso mantenido de la voz puede comenzar a notar cansancio, sequedad y cambios leves en el timbre de su voz. Este hecho obliga a realizar un esfuerzo añadido para lograr mantener la voz. También estas alteraciones se pueden encontrar por sobreesfuerzos y malos hábitos por utilizar un volumen por encima del ruido ambiental o por encima de la capacidad de fonación, así como del propio entorno del puesto de trabajo

Estas alteraciones resultan especialmente frecuentes en los profesionales de la voz, como es el caso de las personas dedicadas a la docencia, población laboral más numerosa dentro del sector público en España cantantes, teleoperadores... y puede ser la causa de incapacidades laborales transitorias. En docencia este porcentaje alcanza

Discusión

entre un 17% y 57% (Preciado, Pérez, Calzada & Preciado, 2005; Ranchal Sánchez, & Vaquero Abellán, 2008; Hazlett, Duffy & Moorhead, 2009).

Estadísticamente se aprecia significación entre sexo y edad. En nuestros resultados comparándolos por sexo, la prevalencia es mayor en mujeres de 16 a 45 años, y en hombres de 46 a 65 años.

Las mujeres son más propensas a experimentar problemas de salud vocal con más frecuencia que los hombres, independientemente de su ocupación, debido a la estructura anatómica de la laringe, así como la diferencia de longitud y grosos de las cuerdas, que determinan diferencias en la producción de la voz como la intensidad, así como diferencias hormonales. Algunas mujeres detectan cambios en la voz con el ciclo menstrual, sobre todo en la fase premenstrual. Esta afección, conocida como «laringopatía premenstrual», se caracteriza por disfonía leve, fatiga vocal y pérdida de las frecuencias altas (Hunter, Smith & Tanner, 2011; Cobeta, Núñez & Fernández, 2013).

Sobre la patología ocular, si bien está más relacionada con traumatismos por accidentes de trabajo, ya que suponen la primera causa de traumatismo ocular, representando el 23,2% del total (Serrano Ramos, Jiménez Bajo, Jerez Fidalgo, O'Connor Pérez, Bardón Fernández-Pacheco, & Caso Pita, 2008). También se dan, aunque con menor proporción, enfermedades oculares por exposición a radiaciones ionizantes, como el desarrollo de cataratas (Chodick, 2008). Aunque como ocurría en las hipoacusias, existe un factor condicionante de la edad. De hecho, en la presente investigación, es la única patología estudiada que la mayor prevalencia se encuentra en el grupo de mayor edad de la población.

A tenor de la patología visual, debido al uso de las nuevas tecnologías y dispositivos electrónicos, cada vez son mayores los síntomas y signos relacionados con el sentido de la vista. Un ejemplo de ello, es el síndrome del ojo seco, relacionado con el trabajo a cada vez el uso más extendido de ordenadores y ambientes cerrados y mala climatización (Vicente Herrero, Ramírez Iñiguez de la Torre, Terradillos García & López González, 2014)

Discusión

Por último, vamos a ver la patología con menos casos declarados, pero como ya desarrollamos en el apartado 1.5.2., por sus altos índices de mortalidad, es necesario estudiar la situación. En la revisión de Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo sobre métodos de evaluación de exposición a agentes carcinogénicos y cáncer relacionado con el trabajo, realizado por LiBner, Kuhl, Kauppinen & Uuksulainen (2014) se llega a las conclusiones que la información sobre la exposición laboral a carcinógenos en Europa es antigua e incompleta, y es necesario actualizar los datos disponibles del CAREX. Aparte de las sustancias carcinogénicas conocidas, hablan también de otros factores de riesgo que pueden favorecer al desarrollo del cáncer como el trabajo por turnos y el trabajo sedentario, la radiación no ionizante y el estrés como riesgo indirecto al emparejarlo con hábitos no saludables.

Hemos estudiado importantes investigaciones realizadas por Kovevinas et al, y otros trabajos específicos determinados tipos de cáncer (Van Balen et al, 2006; García Gómez, Urbanos Garrido, Castañeda López & López Menduiña, 2012). Así como el realizado sobre el coste del cáncer por Gómez, Castañeda, Menduiña & Markowitz (2008).

Sin embargo, la investigación sobre el cáncer laboral, sigue siendo escasa (González Sánchez, 2011) y como hemos estudiado en los datos del informe CEPROSS, el número de casos declarados sigue siendo bajo (Figura 6)

Sabemos de la importancia de detectar los cancerígenos a nivel laboral, un buen ejemplo de ello, es el caso del amianto. En el que debido a su prohibición en 2001 y al programa desarrollado por el Ministerio de Sanidad, Programa Integral de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores expuestos al amianto (PIVISTEA), se ha intentado identificar el mayor número de casos de mesotelioma por amianto (García Gómez, 2014).

Los datos existentes sobre cánceres laborales aparecen principalmente en hombres (Sánchez et al, 2010). En los datos oficiales sobre cáncer laboral, también se declaran más en hombres, en referencia a los datos de nuestra investigación, los hombres son también los más perjudicados.

Discusión

Detectar los cánceres de origen laboral, conlleva el identificar posibles cancerígenos y conseguir beneficios tanto para la población laboral como general.

La adecuada declaración de enfermedades profesionales sigue siendo un tema de estudio tanto a nivel de asistencial como de prevención de riesgos laborales.

En la introducción de la presente investigación hemos estudiado el marco legal de las enfermedades profesionales, y las entidades y los profesionales sanitarios implicados en la sospecha, identificación, declaración y reconocimiento de una enfermedad profesional. Esta normativa legal y el establecimiento de las funciones de cada entidad y profesional en materia de enfermedades profesionales, conforman a priori un sistema ventajoso porque permiten la unificación de criterios en la calificación de las enfermedades profesionales, así como, de las enfermedades relacionadas con el trabajo, catalogadas como accidentes de trabajo.

Sin embargo, la falta de un buen sistema de información entre las mutuas, los servicios de prevención de riesgos laborales y el sistema sanitario público, entre otros, provoca una pérdida de información imprescindible para tratar una enfermedad profesional como procede (Castejón Castejón, 2015).

La escasa coordinación entre los médicos de atención primaria, las mutuas y los servicios de prevención, así como el de no disponer de una historia clínica laboral unificada, favorece la infradeclaración de enfermedades profesionales (Termens Buils, 2015).

En relación a los médicos de atención primaria, tal y como se regula en el artículo 5 del RD 1299/2006, dentro de sus competencias, deberán comunicar la sospecha de una enfermedad profesional, así como diagnosticar y tratar al trabajador o derivar a la Mutua si procede (Colchonero Calderón & Yerro Páez, 2010; Ramblado et al, 2015).

Para poder realizar un diagnóstico y tratamiento adecuado de la enfermedad, es necesario tener una historia clínico laboral completa en la que se refleje la ocupación, años trabajados, tipo de jornada, exposiciones actuales y previas, utilización de equipos de protección, etc (López Romero, León Vázquez, & Holgado Catalán, 2010)

Discusión

Sin embargo, en la práctica habitual la falta de tiempo para recoger datos de la historia laboral y escasa formación sobre enfermedades profesionales, dan lugar a una mayor dificultad para esclarecer la sospecha de una enfermedad profesional. Ares Camerino (1997) afirma en su artículo que la formación en materia de salud laboral en la licenciatura de medicina es prácticamente nula. En la actualidad, esta situación apenas ha cambiado.

La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) ha tomado varias iniciativas acerca de la responsabilidad del médico de familia en la incapacidad temporal y la gestión de la enfermedad profesional, entre ellas, realizar formación de los profesionales, pedir la simplificación del proceso burocrático y poder contar con expertos en salud laboral. Gracias al grupo Lex Artis de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SoMaMFyC) y a la colaboración de Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT), se han realizado varias guías de formación para los MAP, entre ellas la realización de cursos de formación “Doctor, vengo a por la baja” o las publicaciones del “Manual para el manejo de la incapacidad temporal en Atención Primaria”, “Aspectos legales en incapacidad temporal” y “Más de 150 respuestas sobre incapacidad temporal”, en el que abordan una serie de cuestiones sobre enfermedades profesionales (Grupo Lex Artis de la SoMaMFyC, 2011).

Desde la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo existen varios proyectos formativos para la mejora de la práctica profesional en materia de Salud Laboral. Cabe destacar los convenios publicados en el Boletín Oficial del Estado para la realización de un curso de formación para los profesionales de la atención primaria sobre la detección de las enfermedades profesionales (Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2014).

En el trabajo realizado por Ruiz Figueroa, Fernández Cid, Gamo González, M.^a Fe & Delclós Clanchet (2013), retratan las opiniones de los alumnos, que realizan el curso online “Enfermedades Profesionales para Médicos de Atención Primaria” impartido por la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo del Instituto de Salud Carlos III. Los resultados ponen en evidencia la ausencia o mala comunicación que hay entre los MAP, servicios de prevención y Mutuas e indican que debe mejorar la inclusión de la laboral en la historia.

Discusión

Sobre esto último, hacen referencia a dos estudios, uno de ellos demuestra que en más de un 66% de las historias de atención primaria no hay ningún registro de información laboral y el porcentaje era menor aún, de un 8%, si las historias eran en formato digital en vez de en papel. (Ditolvi Vera, Benavides , Armengol & Barrionuevo-Rosas, 2010), el otro estudio, realizado en historias de pacientes ingresados, concluye que la cumplimentación de la ocupación en las historias está solo presente en un tercio de las historias revisadas (Aguilar Rodríguez, Ramada Rodilla, Delclós Clanchet, 2012).

Por otra parte, aparte de estos problemas reconocidos de coordinación y comunicación, también hay que tener en cuenta, las dificultades que conllevan en sí las enfermedades profesionales.

En el informe técnico de la Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS, en inglés, ISSA), Zimmer (2007) plantea los problemas más importantes de las enfermedades profesionales, habla de enfermedades nuevas y emergentes, pero no porque supongan un nuevo reto para los sistemas de seguridad social, ya que están reconocidas desde principios del siglo XX, sino porque el término de enfermedad profesional tiene un carácter legal más que médico, presunción iuris et de iure (establecida por ley y que no admite prueba en contrario), y dependen de la jurisdicción de cada país (Alcázar Crevillén, 2014).

La globalización y los avances tecnológicos de las últimas décadas en los sistemas de información y comunicación, y nuevas ciencias, como la nanotecnología y biotecnología, originan nuevos riesgos y en consecuencia, conllevan a enfermedades profesionales emergentes.

El aumento de las migraciones por motivos económicos y políticos también es de consideración en la patología laboral, pues suele estar asociados a mayor riesgo de trabajos precarios, menores medidas de seguridad e involucrados en la economía sumergida. En España se han realizado estudios que demuestran mayor riesgo en los trabajadores inmigrantes de padecer una contingencia laboral (Agudelo Suárez et al, 2009). En el informe CEPROSS del 2014 las enfermedades profesionales de extranjeros están en el 6.41% y en el 2015 en el 6.91%. En nuestra investigación al no

Discusión

tener datos sobre filiación de los pacientes, no podemos obtener resultados sobre su nacionalidad.

Por otra parte, la OIT reafirma la necesidad de políticas en materia de seguridad y salud, ante el envejecimiento de la población laboral en los países desarrollados, para poder mantenerlos sanos y mejorar su bienestar. Ya que a mayor edad, se considera mayor riesgo de sufrir enfermedades derivadas del trabajo (Organización Internacional del Trabajo, 2010).

Los problemas de economía de los países, también dan lugar a otros riesgos originados por las tendencias cambiantes de empleo, intensificación de trabajo por recortes de plantilla, cambios frecuentes del puesto de trabajo, contratos precarios, etc, que aumentan el estrés y otros trastornos mentales. Según la revisión realizada por Mingote Adán, Pino Cuadrado, Sánchez Alaejos, Gálvez Herrer & Gutierrez García (2011), determinan que el estrés laboral se ha convertido en una de las principales causas de incapacidad laboral, pero la relación entre salud mental y salud laboral es compleja y multifactorial. Aunque ya hemos visto que en la última revisión de la OIT aparecen por primera vez los trastornos mentales, el trastorno de estrés postraumático se considera enfermedad profesional cuando se produce tras la exposición a experiencias traumáticas en el trabajo (Mur de Vía & Maqueda Blasco, 2011). En nuestro país, las enfermedades derivadas de los riesgos psicosociales no aparecen contempladas en el listado de enfermedades profesionales, por lo que se tratan como “enfermedades del trabajo”, en atención al artículo 156. 2e. (Sánchez Trigueros & Conde Colmenero, 2008)

Tampoco nos debemos olvidar de otras complejidades que llevan intrínsecas las enfermedades profesionales, que también dificultan su diagnóstico (Guillén Subirán, 2014):

- la multicasualidad: coincidencia de factores laborales y extralaborales al mismo tiempo
- los periodos de latencia largos, aunque en ocasiones se puede presentar de forma aguda, tras la exposición al agente causal o agravantes, la mayoría de las veces aparece después exposiciones mantenidas en el tiempo

Discusión

- la variabilidad biológica de cada individuo, no todos los trabajadores expuestos a unas mismas condiciones enferman de igual manera o al mismo tiempo
- la inespecificidad de la clínica: la presentación de la clínica puede ser variable, incluso, en fases precoces de la enfermedad, los síntomas pueden estar ausentes.

La importancia de relacionar la presencia de los síntomas con la valoración de factores de riesgo es fundamental a la hora de sospechar una enfermedad profesional y realizar su diagnóstico de certeza.

Por último, también existen situaciones en que los propios trabajadores no demandan la calificación de enfermedad profesional por miedo a perder el trabajo, si no es posible como explicamos en la introducción, un cambio de puesto de trabajo.

Con todas estas dificultades encontradas, la infradeclaración de enfermedades profesionales sigue siendo un problema tanto a nivel internacional como nacional (Driscoll, Takala, Steenland, Corvalan & Fingerhut, 2005; Takala et al, 2014).

Según los datos obtenidos del informe de la Comisión Europea sobre la declaración de enfermedades profesionales en la UE, en 2009, el número de enfermedades profesionales declaradas en España se sitúa solo por detrás de Francia (49.341), y por delante de países que cuentan con un mayor índice de población ocupada como Alemania (16.078), Reino Unido (6780) e Italia (12551) (European Commission, 2013).

A pesar de que estos datos comparados con el resto de países de la UE no parecen malos, la bibliografía consultada sobre estimación de declaración de enfermedades profesionales en España, refieren que sólo se reconocen como enfermedades profesionales una cuarta parte del total. (García et al ,2006; García&Gadea, 2008).

Las estimaciones de estos estudios se realizaron en base a datos de incidencia y prevalencia de estudios epidemiológicos de enfermedades profesionales en sistemas de vigilancia y encuestas realizados en España y otros países. En ellos se estima que cada año se producen en España 80.000 casos nuevos de enfermedades laborales, la mayoría osteomusculares y enfermedades de la piel. En el caso del cáncer laboral,

Discusión

como hemos visto ya, la subdeclaración se considera aún mayor (Kogevinas et al, 2005)

Aplicando, según lo descrito en el apartado 3.3.3, los valores de la Tabla 7 a nuestro estudio, calculamos la estimación superior e inferior de estos de los procesos de incapacidad temporal que tenemos según patología en hombres y mujeres en la población del presente estudio.

Los valores obtenidos se detallan en la Tabla 23.

	Estimación superior	Estimación inferior	Media
Enfermedades osteomusculares (40835)	906	2511	1708
Enfermedades pulmonares (3233)	11	11	11
Dolor de cabeza, fatiga visual (1899)	2	31	16
Hipoacusia o sordera por ruido (310)	1	1	1
Enfermedades de la piel (1920)	2	451	226
Otras (1655)	215	678	446
MUJERES	Estimación superior	Estimación inferior	Media
Enfermedades osteomusculares (66650)	1746	6418	4082
Enfermedades pulmonares (5862)	18	31	24
Dolor de cabeza, fatiga visual (1824)	3	58	31
Hipoacusia o sordera por ruido (431)	0	2	2
Enfermedades de la piel (2410)	3	18	21
Otras (3742)	10	15	12
TOTAL			6580

Tabla 23. Estimaciones de enfermedades de posible origen laboral en la población de estudio.

A través de dichas estimaciones, obtenemos que 6580 de los procesos de incapacidad laboral atendidos en Atención Primaria, es decir, un 5% de los procesos podrían tener un origen laboral.

Benavides et al (2005) en un estudio realizado en centros de salud en el que pasaron un cuestionario laboral a los pacientes, estimaron que el 16% de los problemas atendidos en centros de Atención primaria probablemente estén relacionados con el trabajo, principalmente enfermedades del aparato locomotor.

Discusión

La estimación realizada en nuestra población, aunque sea una aproximación conservadora con las estimaciones calculadas por el trabajo de García & Gadea (2008), consideramos que es un porcentaje nada despreciable.

Aunque no se han encontrado estudios más recientes de estimaciones sobre enfermedades profesionales en nuestro país, observando los datos del registro del Observatorio de Enfermedades Profesionales en la Tabla 24 desde el RD 1299/2006, no ha habido un incremento notorio de declaración de enfermedades profesionales, por lo que se considera que sigue existiendo un subregistro de enfermedades profesionales.

Como refiere Alcázar Crevillén (2014), a pesar de con la creación del nuevo sistema de notificación, se daba por hecho que iba a aumentar el número de enfermedades profesionales, existen otros factores que motivan este subregistro, como pueden ser: factores económicos, debida al propio listado de sistema cerrado, miedo por parte de los empresario a la Inspección de Trabajo, etc.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Con baja	11425	11504	9691	8765	8805	7466	7599	8112	9073
Sin baja	5366	6982	7073	8077	9117	8178	9197	9148	10065
Total	16791	18486	16764	16842	17922	15644	16796	17260	19138
% Δ		10,09	-9,32	0,47	6,41	-12,71	7,36	2,76	10,88

Tabla 24. Declaración de EEPP desde 2007-2015.

Fuente: Observatorio de enfermedades profesionales (Secretaría de Estado de la Seguridad Social, 2015)

Si las enfermedades profesionales o relacionadas con el trabajo son atendidas por el sistema público de salud y consideradas de origen común, no se reflejan en las estadísticas oficiales (Benavides et al, 2005; Benavides et al, 2011), con lo que se sustenta la necesidad de disponer de adecuados sistemas de información (Castejón Castejón, 2008).

Atendiendo a los partes de enfermedad profesional comunicados por CCAA en los años 2014 y 2015 en la Tabla 24 el mayor número de partes se localiza en: Cataluña, Comunidad Valenciana, País Vasco, Navarra y Madrid. Aunque hay que

Discusión

considerar que son las CCAA con mayor índice de población activa, y también con mayor número de industria y actividades económicas de riesgo.

Hay que destacar que Navarra, que tiene un sistema de notificación establecido desde hace varios años, si observamos la Tabla 25, comparándola con Madrid, se declaran casi el mismo número de enfermedades profesionales, teniendo en cuenta que la población activa de Navarra es prácticamente un décima parte de la de Madrid (Instituto de Estadística de Navarra, 2014)

CCAA	2014			2015		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Andalucía	508	295	803	457	329	786
Aragón	515	408	923	552	460	1012
Asturias	194	154	348	219	215	434
Baleares	147	277	424	176	237	413
Canarias	182	229	411	201	222	423
Cantabria	139	154	293	125	163	288
Castilla y León	390	331	721	389	396	785
Castilla - la Mancha	256	175	431	261	236	497
Cataluña	1518	1712	3230	1605	1711	3316
Com. Valenciana	878	1392	2268	1165	1616	2781
Extremadura	76	64	140	85	85	170
Galicia	553	564	1117	619	602	1221
Madrid	618	828	1446	638	949	1587
Murcia	198	310	508	331	523	854
Navarra	809	565	1374	934	608	1542
País Vasco	1774	745	2519	1854	828	2682
La Rioja	154	142	296	155	179	334
Ceuta y Melilla		8	8	3	10	13
TOTALES	8909	8351	17260	9769	9369	19138

Tabla 25. Número de partes comunicados distribuidos por CCAA y sexo. Fuente: Observatorio de enfermedades profesionales (Secretaría de Estado de la Seguridad Social, 2014; Secretaría de Estado de la Seguridad Social, 2015)

Estos sistemas de ayuda diagnóstica, se consideran eficaces (García López, 2011; Osalan, 2012). Según Esteban Buedo & Santolaria Bartolomé (2015), el sistema utilizado en Valencia, SISVEL, es muy útil para la detección precoz de algunos de estos daños a la salud de las personas que trabajan, permitiendo adelantar la adecuada atención y prevención, en el que participan los representantes de la Administración Laboral, las asociaciones profesionales de Medicina y Enfermería del

Discusión

Trabajo, Medicina Familiar y Comunitaria, los agentes sociolaborales (organizaciones empresariales y sindicales), las Mutuas y los servicios de prevención de riesgos laborales.

Si bien cada vez son más los esfuerzos realizados para notificación de enfermedades profesionales y su reconocimiento, otra prueba de ello, es la reciente publicación de un “Documento de Consenso en la Comunidad de Madrid” para la valoración de sospecha de enfermedades profesionales con el fin de establecer unos criterios mínimos y comunes para la identificación de enfermedades profesionales y que exista mayor unidad entre los diferentes profesionales implicados (Comunidad de Madrid, 2017), la prevención de las enfermedades profesionales tradicionales así como de las emergentes sigue siendo un reto a nivel mundial, y es fundamental la colaboración entre Prevención de Riesgos Laborales, Mutuas, Inspección, Atención Primaria, etc.

Para poder aplicar adecuadas políticas preventivas es fundamental conocer la distribución de las enfermedades de origen laboral.

Como breve apunte económico señalar sobre los costes de lesiones y enfermedades profesionales, que la OIT ha estimado que 4 % del producto interior bruto mundial anual, se pierde debido a los costes directos e indirectos de los accidentes y las enfermedades profesionales, incluyendo el tiempo de trabajo perdido, compensación de trabajadores, la interrupción de la producción, y los gastos médicos (Takala et al, 2014)

En España, el estudio realizado por Gómez, Castañeda, Menduiña, Garrido & Markowitz (2008) en el País Vasco, en el que se realizó una estimación del coste de la atención de patologías derivadas del trabajo por parte de Atención Primaria fue de más de 106 millones de euros.

La atención de enfermedades profesionales o de origen laboral por parte del Sistema Nacional de Salud, además de no ajustarse a lo legalmente establecido, supone un gasto excesivo añadido y ocasiona además una pérdida de información sobre el número real de enfermedades profesionales impidiéndose, en parte la corrección en materia de prevención.

Discusión

Una situación que debe mejorarse no sólo por las pérdidas económicas en las empresas y del coste sanitario, sino por la propia salud de los trabajadores.

5.3.- Limitaciones del estudio.

Una de las principales limitaciones ha sido el no disponer de datos sobre la historia laboral de los pacientes para poder establecer una estimación más real sobre enfermedades de posible origen laboral.

Como también hemos explicado en la discusión de la metodología, el no disponer de más de un proceso de incapacidad laboral de un mismo trabajador no ha permitido estudiar el proceso de recaídas por patologías.

Así como la ausencia de patologías de riesgo biológico para poder comparar con los informes oficiales.

Por último señalar, que aunque el gran tamaño de la población es de gran interés a la hora de obtener resultados, que se traduce en la obtención de resultados estadísticamente significativos para la mayoría de los análisis estadísticos realizados, también implica mayor dificultad a la hora de realizar dichos análisis a pesar de disponer adecuados programas estadísticos como el SPSS.

5.4.- Futuras líneas de investigación

Como futura línea de investigación se considera necesario ampliar la investigación sobre enfermedades de posible origen laboral, a través de estudios en el Sistema Público de Salud sobre una muestra aleatoria de trabajadores que tengan un proceso de incapacidad temporal y acceda de forma voluntaria a realizar un cuestionario que pregunte sobre su historia laboral, su empleo actual y condiciones de trabajo específicas, y poder llevar a cabo una estimación más certera sobre la prevalencia de enfermedades profesionales en nuestro país.

CONCLUSIONES

Conclusiones

6.- CONCLUSIONES.

1. Aplicando a nuestro estudio las estimaciones calculadas por otros autores, un total de 6580 procesos de incapacidad laboral atendidos en Atención Primaria tendrían un origen laboral. Esta cifra corresponde a un 5% de nuestra población.
2. Los trastornos musculoesqueléticos son los más prevalentes en los procesos de incapacidad temporal estudiados.
3. Se ha encontrado relación significativa entre las variables sociodemográficas sexo y edad y las distintas patologías que ocasionan procesos de incapacidad temporal.
4. Es fundamental que en Atención Primaria se considere, además de la historia clínica, la historia laboral de los pacientes para conocer los riesgos laborales y su influencia sobre el proceso de incapacidad laboral.
5. El estudio realizado pone de manifiesto la necesidad de un buen sistema de coordinación entre la Atención Primaria, las Mutuas, los Servicios de Prevención y todas las entidades implicadas para una adecuada notificación de enfermedades profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

7.- BIBLIOGRAFÍA

- Abú Shams, K., Boldú, J., Tiberio, G., Tabar, A., Fernández Infante, B., & Labarta, N.(2005). Registro de enfermedades respiratorias de origen laboral en Navarra. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 28(Supl. 1), 135-143. Recuperado el 18 de febrero de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272005000200017&lng=es&tlng=es.
- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. (2000). *Trastornos musculoesqueléticos de origen laboral del cuello y las extremidades superiores: Resumen del Informe de la Agencia*. Recuperado el 10 de enero de 2017, de Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/Rev_INSHT/2000/9/facts5_es.pdf
- Aguilar Rodríguez A.A., Ramada Rodilla J.M.& Delclós Clanchet J. (2012). Cumplimentación de la ocupación en las historias clínicas en un sistema hospitalario público: 2006-2010. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 15 (3), 124-128.
- Agudelo- Suárez, A.A, Ronda-Pérez, E. ,Gil-González, D., Vives-Cases,C.,García, A.M., García-Benavides,F,... Emily Sousa. Proceso migratorio, condiciones laborales y salud en trabajadores inmigrantes en España (proyecto ITSAL). *Gaceta Sanitaria*. 23(Supl 1),115–121.
- Alcántara Moreno, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Revista Universitaria de Investigación*, (1), 93-107.
- Alcázar Crevillén, A.(2014). La enfermedad profesional en España. *Ciencia forense*, 11, 17-40. Recuperado el 16 de febrero de 2017, de: <http://ifc.dpz.es/recursos/publicaciones/34/42/02alcazar.pdf>
- Ares Camerino, A. (1997). El médico de familia ante las enfermedades profesionales. *Atención Primaria*, 20 (8), 449-452. Recuperado el 20 de enero de 2017, de:

<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-medico-familia-ante-las-14680>

- Arias Gallegos, W.L. (2012). Revisión histórica de la salud ocupacional y la seguridad industrial. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 13(3), 45-52.
- Barchino Ortiz, Lucía, Cabrera Fernández, Enrique, Moreno Manzano, Gregorio, Heras Mendaza, Felipe, & Conde-Salazar Gómez, Luis. (2007). Dermatitis profesionales en cuidadores de ancianos. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 53(207), 35-46. Recuperado en 24 de febrero de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2007000200006&lng=es&tlng=es.
- Belsito, D.V. (2005). Occupational contact dermatitis: Etiology, prevalence, and resultant impairment/disability. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 53 (2), 303-313. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2005.02.045>
- Benavides, F, Castejón, J., Gimeno, D., Porta, M., Mestres, J. & Simonet, P. (2005). Certification of occupational diseases as common diseases in a primary health care setting. *American Journal of Industrial Medicine*, 47,176-80.
- Benavides F, Delclós J, Serra C, Camp L, DE Peray JL, Fernández R, et al.(2011). Identificación y selección de enfermedad de posible origen laboral atendidas por el sistema público de salud. *Atención Primaria*, 43 (10), 524-530.
- Benavides, F., García, A. & Ruiz-Frutos, C. (2000). Salud Laboral. En F. G. Benavides., C. Ruiz-Frutos & A.M. García (Eds.), *Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales* (pp. 45-58). Barcelona: Editorial Masson.
- Bordel Gómez, M.T., Miranda Romero, A. & Castrodeza Sanz, J. (2010). Epidemiology of contact dermatitis: Prevalence of sensitization to different allergens and associated factors. *Actas Dermosifiliográficas*.101 (1), 59-75. doi: 10.1016/j.ad.2009.07.003

- Burgos Ruiz de Castroviejo, S., Díaz García, A.M., & Roldán León, J. (2008). Valoración de la incapacidad laboral. Equipo de valoración de incapacidades. *Rehabilitación*. 42(6), 291-314.
- Carder, M., Bensefa Colas, L., Mattioli, S., Noone, P., Stikava, E., Valenty, M. & Telle Lambertson, M. (2015) A review of occupational disease surveillance systems in Modernet countries. *Occupational Medicine*, 65 (8), 615-625. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqv081>
- Castejón Castejón, J. (2008). Enfermedades relacionadas con el trabajo: ¿un reto para atención primaria?. *Atención Primaria*. 40(9), 439-446.
- Castejón Castejón, J. (2015). Situación actual de la detección de enfermedades profesionales en la Sanidad Pública. *Prevencionistas*. (17), 46-55.
- Cavas Martínez, F., Fernández Collados, M. B., Ferrando García, F., García Romero, B., González Díaz, F., López Aniorte, M.C., ... Selma Penalva, A. (2010). *Las enfermedades profesionales desde la perspectiva de la seguridad social*. Recuperado el 27 de junio de 2016 de: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/115799.pdf>
- Cedeño Gabriel, Karly Paola, Rubial Carvajal, Gabriela, & Ruiz Almirón, Carmen. (2014). Patología laboral sensibilizante, respiratoria y cutánea en la industria alimentaria. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 60(236), 536-565. <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2014000300007>
- Chodick, G., Bekiroglu, N., Hauptmann, M., Alexander, B. H., Freedman, D. M., Doody, M. M., ... Sigurdson, A. J. (2008). Risk of Cataract after Exposure to Low Doses of Ionizing Radiation: A 20-Year Prospective Cohort Study among US Radiologic Technologists. *American Journal of Epidemiology*, 168(6), 620–631. <http://doi.org/10.1093/aje/kwn171>
- Cobeta, I., Núñez, F. & Fernández, S. (2013). Patología de la voz. Barcelona, España: Marge Médica Books.
- Colchonero Calderón, M.C. & Yerro Páez, V.M. (2010). ¿Qué esconde un síntoma o signo raro en un paciente en proceso de incapacidad temporal?. *Semergen*, 36(10), 604–607. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2010.06.005>

- Colomer Vilela, E., Ruiz Frutos, C. & Marqués Marqués, F. (1999). NTP 327: Asma ocupacional: criterios diagnósticos actuales. Recuperado el 25 de febrero de 2017 del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_327.pdf
- Comité Internacional de Clasificación de la WONCA. (1999) Clasificación Internacional de la Atención Primaria segunda edición. CIAP-2. Barcelona: Masson.
- Comunidad de Madrid. (1998). *Ley 23/1997, de 19 de noviembre, de Creación del Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo*. Recuperado el 8 de febrero de 2017, de Boletín Oficial del Estado: <https://www.boe.es/boe/dias/1998/06/18/pdfs/A20093-20097.pdf>
- Comunidad de Madrid. (2009). *Decreto 64/2009, de 2 de julio, del Consejo de Gobierno, por el que se adapta la composición del observatorio para la prevención de riesgos laborales de la Comunidad de Madrid*. Recuperado el 8 de febrero de 2017, de Boletín Oficial del de la Comunidad de Madrid: https://www.bocm.es/boletin/CM_Orden_BOCM/2009/07/06/2009-07-06_03072009_0043.pdf
- Comunidad de Madrid. (2012). *La enfermedad profesional en atención primaria*. Recuperado el 15 de noviembre de 2016, de Comunidad de Madrid: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadervalue1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DENfermedad+profesional.+Tr%C3%ADptico.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352885275320&ssbinary=true>
- Comunidad de Madrid. (2016). Valoración de la Sospecha de la Enfermedad Profesional. Documento de Consenso en la Comunidad de Madrid. Recuperado el 27 de febrero de 2017, de: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017939.pdf>
- Comunidad de Madrid. (2017). *Comunidad de Madrid: Información práctica*. Madrid, España. Recuperado el 15 de enero de 2017, de:

http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_InfPractica_FA&cid=1132041039193&pagename=ComunidadMadrid/Estructura

Comunidad de Madrid. (2017). *Salud Madrid:Portal Salud*. Madrid, España. Recuperado el 8 de febrero de 2017, de:

http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142324507434&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1156329829977

Consejería de Salud. (2010). ORDEN de 13 de mayo de 2010, por la que se crea el fichero con datos de carácter personal denominado Registro de comunicación de sospecha de Enfermedades Profesionales por los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Recuperado el 30 de enero de 2017 de <http://www.juntadeandalucia.es/boja/2010/106/d43.pdf>

Consejo Europeo. Unión Europea. (2003). *Recomendación de la Comisión, de 19 de septiembre de 2003, relativa a la lista europea de enfermedades profesionales*. Recuperado el 7 de junio de 2016, de: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32003H0670:ES:HTML>

Cullinan,P., Muñoz, X., Suojalehto, H., Agius, R., Jindal, S., Sigsgaard, T,... Moitra, S. (2017). Occupational lung diseases: from old and novel exposures to effective preventive strategies. *The Lancet Respiratory Medicine*, 20 (1): 14-25. doi: 10.12961 / aprl.2017.20.1.03.

Daher, A. (2013). El sector inmobiliario y las crisis económicas. EURE (Santiago), 39(118), 47-76. <https://dx.doi.org/10.4067/S0250-71612013000300003>

Declós J, Alarcón M, Casanovas A, Serra C, Fernandez R, de Peray JL & Benavides, F.G. (2012). Identificación de los riesgos laborales asociados a enfermedad sospechosa de posible origen laboral atendida en el Sistema Nacional de Salud. *Atención Primaria*, 44 (10),611-627. doi: 10.1016/j.aprim.2011.11.006

- Ditolvi Vera G, Benavides FG, Armengol O, & Barrionuevo-Rosas L. (2010). CARTA AL DIRECTOR. Cumplimentación de la ocupación en las historias clínicas de la Atención Primaria: 1992 – 2007. *Atención Primaria*, 42(9), 486-491. doi:10.1016/j.aprim.2009.11.003
- Driscoll, T., Takala, J., Steenland, K., Corvalan, C. & Fingerhut, M. (2005). Review of estimates of the global burden of injury and illness due to occupational exposures. *American journal of industrial medicine*. 48 (6): 491-502. Recuperado el 1 de marzo de 2017, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16299705>
- Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Autoría múltiple.(2015). Guía de Valoración de Incapacidad Laboral Temporal para médicos de Atención Primaria (2ª Ed.). Madrid: Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Recuperado el 20 de enero de 2017, de: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=15/01/2016-440fa7054c>
- Esteban Buedo, Valentín, & Santolaria Bartolomé, Encarna. (2015). La comunicación de las enfermedades profesionales en la Comunidad Valenciana. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 18(4), 180-182. <http://dx.doi.org/10.12961/aprl.2015.18.4.01>
- EUROGIP. (2016). Musculoskeletal disorders: What recognition as occupational diseases? A study on 10 European countries. Recuperado el 18 de febrero de 2017, de: http://www.eurogip.fr/images/documents/4428/Eurogip120E_ReportMSDs.pdf
- European Commission. (2013). *Report on the current situation in relation to occupational diseases' systems in EU Member States and EFTA/EEA countries, in particular relative to Commission Recommendation 2003/670/EC concerning the European Schedule of Occupational Diseases and gathering of data on relevant related aspects*. Recuperado el 9 de diciembre de 2016, de <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=9982&langId=en>
- European Commission. (2014). *Health and safety at work: Strategic Framework sets out EU objectives for 2014-2020*. Recuperado el 9 de diciembre de 2016, de:

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=es&catId=89&newsId=2053&furtherNews=yes>

Falagán Rojo, M.J., Canga Alonso, A., Ferrer Piñol, P., & Fernández Quintana, J.M. (2000). *Manual Básico de Prevención de Resigos Laborales: Higiene Industrial, Seguridad y Ergonomía*. Oviedo: Sociedad Asturiana de Medicina y Seguridad en el Trabajo y Fundación Médicos Asturias.

García, A.M., Gadea. R. & López, V. (2004). *Impacto de las enfermedades de origen laboral en España*. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS). Recuperado el 1 de febrero de 2016, de: <http://www.istas.ccoo.es/descargas/Impacto%20EEPP.pdf>

García, A.M., Gadea. R. & López, V. (2006). *Impacto de las enfermedades de origen laboral en España*. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS). Recuperado el 1 de febrero de 2016 <http://www.istas.ccoo.es/descargas/Impacto%20EEPP.pdf>

García, A.M. & Gadea, R. (2008). Incidence and prevalence of Occupational Disease in Spain. *Atención Primaria*, 40 (9) ,439- 446

García Coca, O. (2013). La gestión de las enfermedades profesionales en el marco de las Nuevas Tecnologías. *Lex Social*, 3(2), 170-193. Recuperado el 10 de enero de 2017 de: https://www.upo.es/revistas/index.php/lex_social/article/viewFile/762/613

García Gómez, M. & Castañeda López, R. (2006). Enfermedades profesionales declaradas en hombres y mujeres en España en 2004. *Revista Española de Salud Pública*, 80(4), 349-360. Recuperado en 18 de febrero de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272006000400006&lng=es&tlng=es

García Gómez, M. (2014). La sospecha de enfermedad profesional: programas de vigilancia epidemiológica laboral. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 60(Supl. 1), 157-163. Recuperado en 26 de febrero de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2014000500022&lng=es&tlng=es.

- García Gómez, M., Castañeda López, R., Herrador Ortiz, Z. & Simón Soria, F. (2017). Differences in the recognition of occupational diseases by sex, occupation and business activity in Spain (1990-2009). *Revista Española de Salud Pública*, 9, e-1-e-12. Recuperado el 28 de febrero de 2017 de:
https://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL91/ORIGINALES/RS91C_MGG.pdf
- García Gómez M, Urbanos Garrido R, Castañeda López R, López Menduiña P. (2012) Costes sanitarios directos de las neoplasias de pulmón y vejiga de origen laboral en España en 2008. *Revista Española de Salud Pública*, 86, 127-38.
- García López, V. (2011). Evaluación del programa de vigilancia epidemiológica en salud laboral. Red de médicos centinela de salud laboral en Navarra (1998-2007). *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34 (3), 419 – 430.
- Gómez, M.G, Castañeda, R., Menduiña, P. L., Garrido, R.U & Markowitz, S. (2008). Estimating medical costs of work-related diseases in the Basque Country. *La medicina del Lavoro*, 104 (4), 267-76.
- Gómez Mur, Pilar, Pérez Bermúdez, Brígido, & Meneses Monroy, Alfonso. (2008). Pérdidas auditivas relacionadas con la exposición a ruido en trabajadores de la construcción. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 54(213), 33-40. Recuperado el 25 de febrero de 2017, de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000400004&lng=es&tlng=es.
- González Gómez, M.F. (2011). Salud laboral y género: Apuntes para la incorporación de la perspectiva de género en el ámbito de la prevención de riesgos laborales. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(Supl. 1), 89-114. <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500007>
- González, J. (2011). *Guía rápida de consulta de procedimientos en situaciones de interacción con las MATEPSS, los sistemas públicos de salud y entidades gestoras. Secretaría Confederal de CCOO*. Recuperado el 10 de febrero de 2017, de: <http://www.istas.net/web/abreenlace.asp?idenlace=9390>

- González Sánchez, J. (2011). Evolución de los estudios sobre la incidencia y gestión del cáncer laboral en España. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57 (225), 294-299.
- Gosálbez Pastor, E., Pérez-Salinas, I., Díez-Domingo, J., Ballester Sanz, A., & Costa-Alcaraz, A. (2003). Sistemas de información en atención primaria: ¿debemos codificar con la CIE-9-MC? *Atención Primaria*, 31(8), 519–523.
- Grupo Lex Artis de la SoMaMFyC. (2011). Más de 150 respuestas sobre incapacidad temporal. Barcelona, España: semfyc ediciones.
- Guillén Subirán, C. (2014). El desafío de la gestión de las enfermedades profesionales: solvitas perambulum. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 60(Supl. 1), 144-156. Recuperado en 30 de octubre de 2016, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2014000500021&lng=es&tlng=es.
- Guillén Subirán, C., Jardón Dato, E., Hermosa Hernán, J.C. & Tejedor Varillas, A. (2011). Enfermedades profesionales relacionadas con los trastornos musculoesqueléticos. Síndrome del Túnel Carpiano.DDC-TME-07. Recuperado el 10 de diciembre de 2016, del instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo: <http://www.insht.es/MusculoEsqueleticos/Contenidos/Ficheros/Ficha%2011%20Tunel%20del%20carpo%20ENTREGADA%20ORTO+AEEMT+SEMFYC.pdf>
- Halioua, B., L-Colas, B., Crepy, M.N., Bouquiaux, B., Assier, H., Billon, S., Chosidow, O. (2013). Has application of the decree banning the use of cement with a high chromium VI content led to a reduction in occupational cement dermatitis in salaried workers in the construction industries?. *Presse Medicale*, 42 (3): e78-84. doi: 10.1016/j.lpm.2012.04.030.
- Hazlett, D., Duffy, O., & Moorhead, S. (2009). Occupational voice demands and their impact on the call-centre industry. *BMC Public Health*, 9, 108. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-9-108>
- Hernández Martín, M. & Meneses Monroy, A. (2016). Actuación en contingencias profesionales. En Fuden (Ed.), *Práctica avanzada de enfermería en la prevención de riesgos laborales* (pp 169-187). Madrid, España: Fuden.
- Hernández Martín, M., Meneses Monroy, A., Martín Casas, P. & Pacheco del Cerro,

- J.L.(2016). Detection Systems of Occupational Diseases in Primary Care in Spain. *Occupational Medicine & Health Affairs*, 4(2), 0–4. <http://doi.org/10.4172/2329-6879.1000230>
- Hunter, E. J., Smith, M. E., & Tanner, K. (2011). Gender differences affecting vocal health of women in vocally demanding careers. *Logopedics, Phoniatrics, Vocology*, 36(3), 128–136. <http://doi.org/10.3109/14015439.2011.587447>
- International Labour Organization (2013). *The prevention of occupational diseases. Geneva*. Recuperado el 09 de diciembre de 2016, de http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_208226.pdf
- Instituto de Estadística de Navarra. (2014). Encuesta de Población Activa Comunidad Foral de Navarra. Tercer Trimestre de 2014. Recuperado el 12 de febrero de 2017 de: http://www.cfnavarra.es/estadistica/noticias/epa_ien.pdf
- Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra. (2014). *Correlación de códigos CIE-9-MC (8ª edic) - CIAP-2 para la gestión de Incapacidad Temporal*. Recuperado el 27 de marzo de 2015, de: http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/E520399C-0612-4C75-A912-B16295014FC3/281429/codigosCIE_9_MC.pdf
- Instituto Nacional de Estadística. (2017). *Encuesta de población activa (EPA). Serie histórica*. Recuperado el 10 de enero de 2017, de Instituto Nacional de Estadística: http://www.ine.es/prensa/epa_tabla.htm
- Instituto Nacional de Estadística (2017). *Encuesta de Población Activa*. Recuperado el 10 de febrero de 2017, de Instituto Nacional de Estadística: <http://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/sociales/estructuinsoepa.htm>
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (2012). *VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo 2011*. Ministerio de Empleo y Seguridad Social, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Recuperado el 11 de enero de 2017, de Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%2>

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2011). *Tratado sobre la enfermedades de los trabajadores. Traducción comentada de la obra “De Morbis Artificum Diatriba”*. España: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Instituto Nacional de la Seguridad Social. (2014). Manual de tiempos óptimos de incapacidad temporal (3ª ed.) Recuperado el 22 de febrero de 2017 de: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/178382.pdf>

Instituto Navarro de Salud Laboral. (2007). *II Plan de Salud Laboral de Navarra 2007-2012*. Pamplona: Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra.

Jefatura del Estado. (1986). *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*. Recuperado el 2 de septiembre de 2016, de Boletín Oficial del Estado: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOEA-1986-10499

Jefatura del Estado. (1994). *Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social*. Recuperado el 2 de septiembre de 2016, de Boletín Oficial del Estado: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1994-14960>

Jefatura del Estado. (1995). *Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales*. Recuperado el 7 de agosto de 2016, de Boletín Oficial del Estado: <http://www.boe.es/boe/dias/1995/11/10/pdfs/A32590-32611.pdf>

Jefatura de Estado. (2014). *Ley 35/2014, de 26 de diciembre, por la que se modifica el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social en relación con el régimen jurídico de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social*. Recuperado el 10 de diciembre de 2016, de Boletín Oficial del Estado: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-13568

Juncosa, S., & Bolibar, B. (2001). Medir la morbilidad en atención primaria. *Atención Primaria*, 28(9), 602-607. Recuperado el 15 de septiembre de 2016, de:

<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-medir-morbilidad-atencion-primaria-13023456>

- Kogevinas, M., Castaño-Vinyals, G., Rodríguez, M., Tardón, A. & Serra, C. (2005). *Cáncer laboral en España*. Valencia: Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS).
- Kogevinas M. (2012). El coste del cáncer laboral en España. *Revista Española de Salud Pública*, 86 (2), 125-126. Recuperado el 9 de diciembre de 2016, de: http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v86n2/01_editorial.pdf
- Kogevinas M., Maqueda J., De la Orden V., Fernández, F., Kauppinen, T., & Benavides, F.G. (2000). Exposición a carcinógenos laborales en España: aplicación de la base de datos CAREX. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 3:153- 159.
- Kogevinas, M, Zock, J.P., Jarvis, D., Kromhout, H., Lillienberg, L., Plana, E.,...Antó, J.M. (2007). Exposure to substances in the workplace and new- onset asthma: an international prospective population-based study (ECRHS-II). *The Lancet*. 370(9584), 336-41. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61164-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61164-7)
- LiBner, L.,Kuhl,K., Kauppinen, T. & Uuksulainen, S.(2014). Exposición a los carcinógenos y cáncer relacionado con el trabajo: Una revisión de los métodos de evaluación Observatorio Europeo de Riesgos Resumen ejecutivo. Recuperado el 20 de diciembre de 2016, de: https://osha.europa.eu/sites/default/files/.../Cancer_summary%20-%20es.pdf
- Lie, A., Skogstad, M., Håkon A. Tore Tynes, J.,Sivesind Mehlum,I., Nordby,K.C.,... Tambs, K. (2016). Occupational noise exposure and hearing: a systematic review. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 89, 351-372. doi: 10.1007/s00420-015-1083-5
- López Leal, A. & Solan Lamparlanes, X. (2014). *Carcinogénicos: criterios para su clasificación*. NP 1030. Recuperado el 25 de enero de 2017, de Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo:

<http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/NTP/NTP/Ficheros/1008a1019/ntp-1030w.pdf>

López Romero, A., León Vázquez, F., & Holgado Catalán, M.S. (2010). Enfermedad profesional y médicos de familia. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 56(219), 109-113. Recuperado en 18 de febrero de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2010000200001&lng=es&tlng=es.

Manent Bistué, I., Ramada Rodilla, J.M., & Serra Pujadas, C. (2016). Duración y características de los episodios de incapacidad temporal por trastornos músculo-esqueléticos en Cataluña, 2007-2010. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 19(4), 222-230. doi./10.12961/aprl.2016.19.04.3

Masterson, E.A, Bushnell, P.T., Themann, C.L., & Morata, T.C. Hearing Impairment Among Noise-Exposed Worker-United States, 2003-2012. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), 65(15), 389-394. doi: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6515a2>

Meding, B. (2000). Differences between the sexes with regard to work-related skin disease. *Contact Dermatitis*, 43, 65-71. doi: 10.1034/j.1600-0536.2000.043002065.x

Mingote Adán, J.C., Pino Cuadrado, P., Sánchez Alaejos, R., Gálvez Herrer, M. & Gutiérrez García, M. D. (2011). El trabajador con problemas de salud mental: Pautas generales de detección, intervención y prevención. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(Supl. 1), 188-205. <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500012>

Ministerio de Empleo y Seguridad Social. (2014). *Resolución de 4 de junio de 2014, de la Secretaría General Técnica, por la que se publica el Convenio específico entre el Instituto Nacional de la Seguridad Social, el Instituto de Salud Carlos III y la Comunidad Autónoma de La Rioja, para la realización de un curso de enfermedades profesionales para médicos de atención primaria, en la modalidad de e-learning*. Recuperado el 24 de febrero de 2017 de, Boletín Oficial del Estado: <https://www.boe.es/boe/dias/2014/06/23/pdfs/BOE-A-2014-6601.pdf>

Ministerio de Empleo y Seguridad Social. (2015). *Encuesta de Población Activa (EPA)*. Recuperado el 7 de enero de 2017, de Ministerio de Empleo y Seguridad Social: <http://www.empleo.gob.es/es/estadisticas/anuarios/2015/EPA/EPA.pdf>

Ministerio de Empleo y Seguridad Social. (2015). *Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio, por la que se desarrolla el Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración*. Recuperado el 18 de octubre de 2016 de: <https://www.boe.es/boe/dias/2015/06/20/pdfs/BOE-A-2015-6839.pdf>

Ministerio de Empleo y Seguridad Social. (2015). *Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social*. Recuperado el 10 de agosto de 2016, de Boletín Oficial del Estado: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-11724>

Ministerio de Empleo y Seguridad Social. (2015). *Real Decreto 1150/2015, de 18 de diciembre, por el que se modifica el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro*. Recuperado el 10 de agosto de 2016, de Boletín Oficial del Estado: <https://www.boe.es/boe/dias/2015/12/19/pdfs/BOE-A-2015-13874.pdf>

Ministerio de Empleo y Seguridad Social. (2017). *Anuario de Estadísticas del Ministerio de Empleo y Seguridad Social*. Recuperado el 18 de diciembre de 2016, de: <http://www.empleo.gob.es/es/estadisticas/contenidos/anuario.htm>

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2003). *Protocolos de vigilancia sanitaria específica; dermatosis laborales*. Recuperado el 10 de enero de 2017, de: <http://www.msc.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/dermatos.pdf>

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2004). *Libro blanco de la vigilancia de la Salud para la prevención de riesgos laborales*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). *Nota metodológica sobre el mapeo CIE9MC a CIAP2*. Recuperado el 27 de marzo de

2015, de:
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/NotaMetodologicaMapeoCIE9MCaCIAP2.pdf>

Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. (1978). *Real Decreto 1995/1978, de 12 de mayo, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social*. Recuperado el 7 de agosto de 2016, de Boletín Oficial del Estado:

<https://www.boe.es/boe/dias/1978/08/25/pdfs/A19909-19916.pdf>

Ministerio de Trabajo e Inmigración. (2010). *Orden TIN/1448/2010, de 2 de junio, por la que se desarrolla el Real Decreto 404/2010, de 31 de marzo, por el que se regula el establecimiento de un sistema de reducción de las cotizaciones por contingencias profesionales a las empresas que hayan contribuido especialmente a la disminución y prevención de la siniestralidad laboral*. Recuperado el 7 de agosto de 2016, de Boletín Oficial del Estado: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/06/04/pdfs/BOE-A-2010-8910.pdf>

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2003). *Real Decreto 1273/2003, de 10 de octubre, por el que se regula la cobertura de las contingencias profesionales de los trabajadores incluidos en el Régimen Especial de la Seguridad Social, y la ampliación de la prestación por incapacidad temporal para los trabajadores por cuenta propia*. Recuperado el 10 de agosto de 2016, de Boletín Oficial del Estado: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-19458>

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2006). *Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro*. Recuperado el 7 de agosto de 2016, de Boletín Oficial del Estado: <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-22169>

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2007). *ORDEN TAS/1/2007, de 2 de enero, por la que se establece el modelo de parte de enfermedad profesional, se dictan normas para su elaboración y transmisión y se crea el correspondiente fichero de datos personales*. Recuperado el 7 de agosto de 2016, de Boletín Oficial del Estado: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-186>

- Moar, J.M., Álvarez Campana, J.M., González, L.M. & Ramos, D.G.(2015). Comparative study of the relevance of musculoskeletal disorders between the Spanish and the European working population. *Work*, 51(4):645-56. doi: 10.3233/WOR-152027
- Molina Benito, J.A. (2006). *Historia de la seguridad en el trabajo en España*. Junta de Castilla Y León. Recuperado el 7 de febrero de 2017, de: http://www.cgrict.com/docs/HISTORIA_Seguridad_Trabajo_Esp.pdf
- Moreno Pimentel, A.M. (2015). *Utilización de un cuestionario de valoración de Enfermería en un Servicio de Prevención Ajeno como herramienta de valoración del riesgo psicosocial (Tesis doctoral)*. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Mur de Vú, C. & Maqueda Blasco, J. (2011). Salud laboral y salud mental: estado de la cuestión. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(Supl. 1),1-3. <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500001>
- Organización Internacional del Trabajo. (2002). P155 - *Protocolo de 2002 relativo al Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores, 1981*. Ginebra, Suiza: Organización Internacional del Trabajo. Recuperado el 11 de agosto de 2016, de Organización Internacional del Trabajo: http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:P155
- Organización Internacional del Trabajo. (2002). Organización Internacional del Trabajo. R194 - Recomendación sobre la lista de enfermedades profesionales. Ginebra, Suiza: Organización Internacional del Trabajo. Recuperado el 11 de agosto de 2016, de Organización Internacional del Trabajo: http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:R194
- Organización Internacional del Trabajo. (2010). Riesgos emergentes y nuevos modelos de prevención en un mundo de transformación. Recuperado el 8 de febrero de 2017, de: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/-safework/documents/publication/wcms_124341.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Entornos laborales saludables: fundamentos y modelos del OMS*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 3 de enero de 2017, de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf
- Organización Internacional del Trabajo. (2013). La prevención de las enfermedades profesionales. Recuperado el 20 de enero de 2017, de: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_209555.pdf
- Osalan. (2012). *Estudio de las comunicaciones de sospecha de Enfermedad Profesional. C.A.E 2009-2011*. Recuperado el 1 de febrero de 2016, de: http://www.osalan.euskadi.eus/contenidos/informacion/a_informacionestudios/es_informe/adjuntos/comunicaciones_sospecha_enfermedad_profesional.pdf
- Red Española de Registros de Cáncer (2014). *Estimaciones de la incidencia y supervivencias del cáncer en España y su situación en Europa*. Recuperado el 9 de diciembre de <http://redcan.org/es/page.cfm?id=196&title=estimaciones-de-la>
- Pelegriñ, A. C., Canuet, L., Rodríguez, Á. A., & Morales, M. P. A. (2015). Predictive factors of occupational noise-induced hearing loss in Spanish workers: A prospective study. *Noise & Health*, 17(78), 343–349. <http://doi.org/10.4103/1463-1741.165064>
- Preciado, J., Pérez, C., Calzada, M. & Preciado, P. (2005). Incidencia y prevalencia de los trastornos de la voz en el personal docente de La Rioja Estudio clínico: cuestionario, examen de la función vocal, análisis acústico y vídeolaringoestroboscopia. *Acta Otorrinolaringológica Española*, 56(5), 202-210. [http://dx.doi.org/10.1016/S0001-6519\(05\)78601-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0001-6519(05)78601-5)
- Pretel Pretel, A. & Ruiz Bremon, M. (1999). *De Hipócrates a Ramazzini: la medicina del trabajo antes de la Medicina del Trabajo*. Madrid: Fundación MAPFRE Medicina, D.L. 1999.
- Principado de Asturias. (2011). *Resolución de 14 de junio de 2011, de las Consejerías de Salud y Servicios Sanitarios y de Industria y Empleo, por la que se crea y regula el funcionamiento del Equipo de Valoración de Sospecha de Cáncer*

Profesional (EVASCAP) del Principado de Asturias. Recuperado el 20 de enero de 2017, de Boletín Oficial del Principado de Asturias: <https://www.asturias.es/bopa/2011/07/06/2011-13063.pdf>

Quirce, S., Vandenplas, O., Campo, P., Cruz, M.J., de Blay, F., Koschel, D., ...Cormier, Y. (2016). Occupational hypersensitivity pneumonitis: an EAACI position paper. *Allergy*, 71(6):765-79. doi: 10.1111/all.12866.

Ramblado Minero, M., Díaz Martín. B., Campos Gallego, M., Benítez Lafuente, A.S., Palomo Cobos, C.A. & Pérez Aquino, J.L. (2015). 160/2329 - El médico de familia en las Enfermedades profesionales. *SEMERGEN*, 41 (Espec Congr):115. Recuperado el 25 de febrero de 2017 de: <http://www.elsevier.es/controladores/congresos-herramientas.php?idCongreso=22&idSesion=1861&idComunicacion=20698&r=>

Ranchal Sánchez, A.& Vaquero Abellán, M. (2008). Protocolo para la vigilancia de la salud del profesorado con atención a la enfermedad profesional. *Medicina y Seguridad del ttrabajo*, 211 (LIV), 47-60.

Red Española de Registros de Cáncer. (2014). Estimaciones de la Incidencia y la supervivencia del cáncer en España y su situación en Europa. Recuperado el 8 de febrero de 2017, de: <http://redecan.org/es/page.cfm?id=196&title=estimaciones-de-la>

Rodríguez Ocaña, E., & Menéndez Navarro, A. (2005). *La medicina del trabajo en la historia*. En F. Gil Hernández, Tratado de medicina del trabajo (p.3-15). Barcelona: Masson, S.A.

Roel-Valdés, J., Arizo-Luque, V., & Ronda-Pérez, E.. (2006). Epidemiología del síndrome del túnel carpiano de origen laboral en la provincia de Alicante: 1996-2004. *Revista Española de Salud Pública*, 80(4), 395-409. Recuperado en 18 de febrero de 2017, de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-572720060004000009&lng=es&tlng=es.

- Ruiz-Figueroa, M.J., Fernández-Cid, M., Gamo-González, M.F., & Delclós-Clanchet, J. (2013). Necesidades y actitudes de los facultativos de Atención Primaria frente a la gestión de las enfermedades profesionales. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 59(233), 393-404. <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2013000400004>
- Sadeghian, F., Kasaeian, A., Noroozi, P., Vatani, J., & Taiebi, S. (2014). Psychosocial and Individual Characteristics and Musculoskeletal Complaints Among Clinical Laboratory Workers. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*. 20 (2), 355-361. doi: 10.1080 / 10803548.2014.110770499
- Sánchez, M.J., Payer, T., De Angelis, R., Larrañaga, N., Capocaccia, R., Martínez, C. & CIBERESP Working Group (2010). Cancer incidence and mortality in Spain: estimates and projections for the period 1981 - 2012. *Annals of Oncology*, 21 (Supplement 3): iii30-iii36, 210. Doi: 10.1093/annonc/mdq090
- Sánchez Trigueros, C. & Conde Colmenero, P. (2008). La protección social y los riesgos psicosociales. *ANALES DE DERECHO*, 26, 275-297. Recuperado el 25 de febrero de 2017, de: <http://revistas.um.es/analesderecho/article/viewFile/113181/107251>
- Santolaria, E., Esteban, V., & Casanova, S. (2010). *Guía para la comunicación de sospecha de enfermedades profesionales*. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Recuperado el 1 de febrero de 2016, de: http://www.oiss.org/estrategia/IMG/pdf/guia_com_enf_sos.pdf
- Santos Ortega, J.A., & Martín Martín, M.P. (2012). La juventud española en tiempos de crisis. Paro, vidas precarias y acción colectiva. *Sociología del Trabajo*, (75), 93-110.
- Santos Ortega, A. (2013). Fuga de cerebros y crisis en España: los jóvenes en el punto de mira de los discursos empresariales. *Revista Internacional de Ciencias Sociales*. (32), 125-137.
- Santos Posada, A., Arévalo Alonso, G. & García Ramírez, B. (2014). Orígenes de la Enfermería del Trabajo. *Enfermería del Trabajo*, 4 (1), 5-13.

Secretaría de Estado (2007). *Resolución de 19 de septiembre de 2007, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, sobre determinación de la contingencia causante en el ámbito de las prestaciones por incapacidad temporal y por muerte y supervivencia del Sistema de la Seguridad Social*. Recuperado el 30 de junio de 2016, de Boletín Oficial del Estado: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2007-16726

Secretaría de Estado de la Seguridad Social. (2014). *Observatorio de enfermedades profesionales (CEPROSS) y de enfermedades causadas o agravadas por el trabajo (PANOTRATSS)*.

Secretaría de Estado de la Seguridad Social. (2015). *Observatorio de enfermedades profesionales (CEPROSS) y de enfermedades causadas o agravadas por el trabajo (PANOTRATSS)*. Recuperado el 18 de septiembre de 2016, de : <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/145097.pdf>

Secretaria de Salud Laboral. (2013). *Diagnóstico de sospecha de la enfermedad laboral*. Madrid: CCOO de Madrid. Recuperado el 15 de febrero de 2017 de: http://www.ccooaytomadrid.es/documentos/general/primerapagina/Diagnostic_o_Enfermedadf_Profesional.pdf

Seguridad Social. (2016). *Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social*. Recuperado el 10 de febrero de 2017, de: http://www.seg-social.es/Internet_1/Normativa/095271

Serrano Ramos, C., Jiménez Bajo, L., Jerez Fidalgo, M., O'Connor Pérez, S., Bardón Fernández-Pacheco, I. & Caso Pita, C. (2008). Protección ocular: importancia y uso. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 54(213), 81-86. Recuperado el 09 de marzo de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000400009&lng=es&tlng=es.

Summers, K., Jinnet, K & Bevan, S. (2015). *Muskuloskeletal Disorders, Workforce Health and Productivity in the United States*. Recuperado el 25 de febrero de

2017 de: http://www.theworkfoundation.com/wp-content/uploads/2016/11/385_White-paper-Musculoskeletal-disorders-workforce-health-and-productivity-in-the-USA-final.pdf

Takala, J., Härmäläinen, P., Saarela, K. L., Yun, L. Y., Manickam, K., Jin, T. W., ... Lin, G. S. (2014). Global Estimates of the Burden of Injury and Illness at Work in 2012. *Journal of Occupational and Environmental Hygiene*, 11(5), 326–337. <http://doi.org/10.1080/15459624.2013.863131>

Termens Buils, R. (2015). El papel de los servicios de prevención ajenos en el tratamiento de las enfermedades profesionales. *Prevencionistas*. (17), 57-63.

Valero, E., Sivanathan. A., Bosch, F. & Abdel-Wahab, M. (2015). Musculoskeletal disorders in construction: A review and a novel system for activity tracking with body area network. *Applied Ergonomics*, 54, 120-130. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apergo.2015.11.020>

Van Balen, E., Font, R., Cavallé, N., Font, L., Garcia Villanueva, M., Benavente, Y., de Sanjose, S. (2006). Exposure to non arsenic pesticides is associated with lymphoma among farmers in Spain. *Occupational and Environmental Medicine*, 63(10), 663–668. <http://doi.org/10.1136/oem.2005.024026>

Vázquez Vega, P. (Ed.)(2010). La feminización de las profesiones sanitarias. Bilbao, España: Fundación BBVA

Vega Fuente, A. (2016). La inserción laboral de los jóvenes: a propósito de PCPI. *Revista de Educación Social*, 23. 75-99. Recuperado el 17 de febrero de 2017, de: <http://www.eduso.net/res/winarcdoc.php?id=790>

Verbeek JH, Kateman E, Morata TC, Dreschler WA, Mischke C. (2014) Interventions to prevent occupational noise-induced hearing loss: A Cochrane systematic review. *International Journal of Audiology*, 53(Suppl 2), S84–96. Recuperado el 28 de febrero de 2017, de: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/14992027.2013.857436>

Vicente Herrero, M.T., Ramírez Iñiguez de la Torre, M.V., Terradillos García, M.J., & López González, Á.A. (2014) Síndrome del ojo seco. Factores de riesgo

laboral, valoración y prevención. *SEMERGEN*, 40(2), 97-103. doi: 10.1016/j.semerg.2013.05.003

Villar Fernández, M.F. (2014). Riesgos de trastornos musculoesqueléticos en la población laboral española. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

You, D., Smith, A.H. & Rempel, D. (2014). Meta-Analysis: Association Between Wrist Posture and Carpal Tunnel Syndrome Among Workers, 5(1), 27-31. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.shaw.2014.01.003>

World Health Organization. (2001). Occupational Health: A manual for primary health care workers. Ginebra, Suiza: World Health Organization. Recuperado el 2 de diciembre de 2016, de World Health Organization: http://www.who.int/occupational_health/publications/emhealthcarework/en/

Zimmer, S. (2007). Ciclo global sobre los retos planteados por las enfermedades profesionales. Resultados 2005-2007. (Informe Técnico 03). Recuperado el 16 de febrero de 2017, de: <http://www.ladep.es/ficheros/documentos/Informe%20T%20E9cnico%2003%20%20Ciclo%20global%20sobre%20los%20retos%20planteados%20por%20las%20enfermedades%20profesionales%20Resultados%202005-2007.%20Stefan%20Zimmer%20-%20ISSA.pdf>

ANEXOS

8. ANEXOS

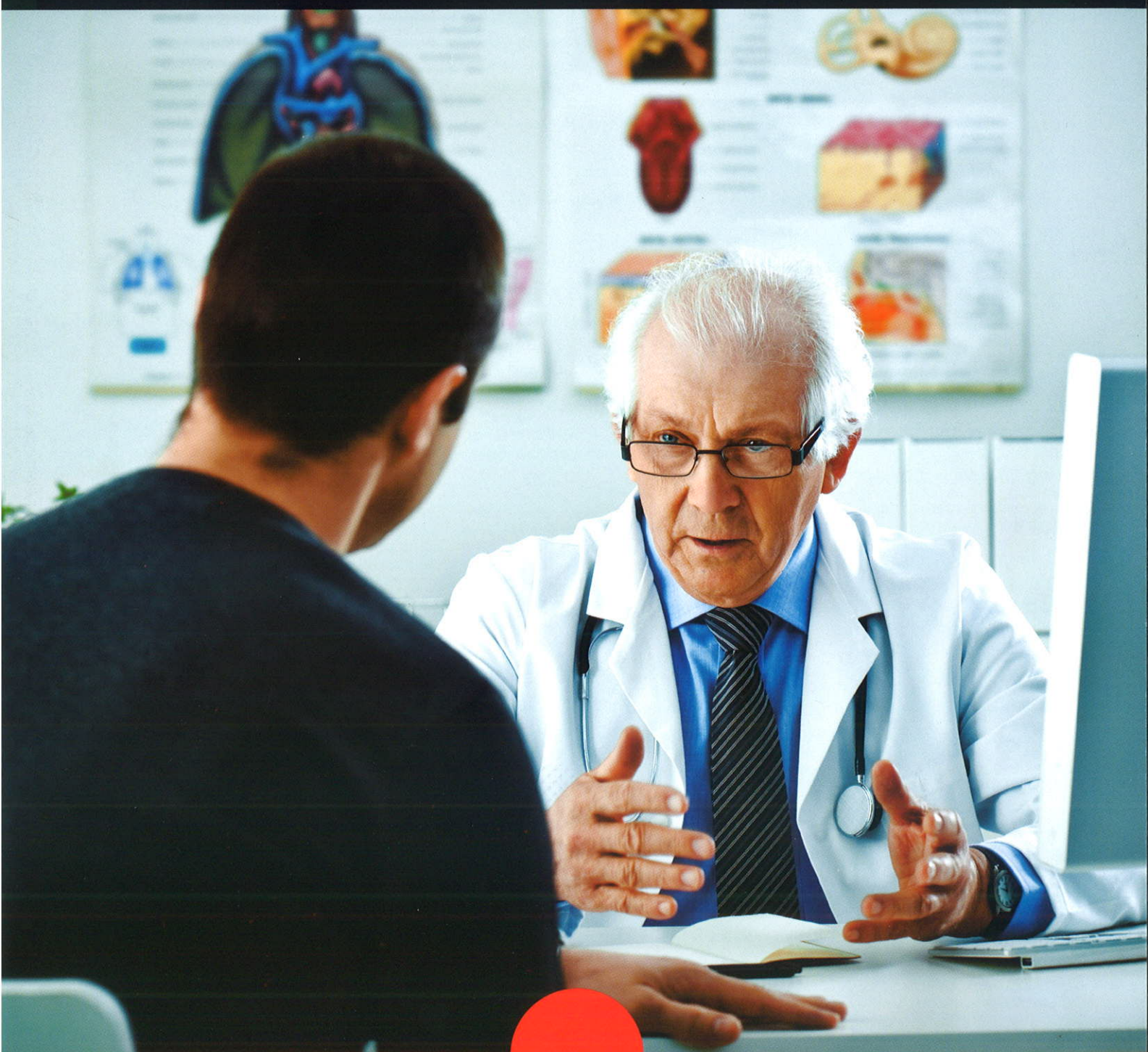
ANEXO I- LA ENFERMEDAD PROFESIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

La enfermedad profesional en atención primaria

Información para el médico de familia



 **Comunidad de Madrid**
www.madrid.org



PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

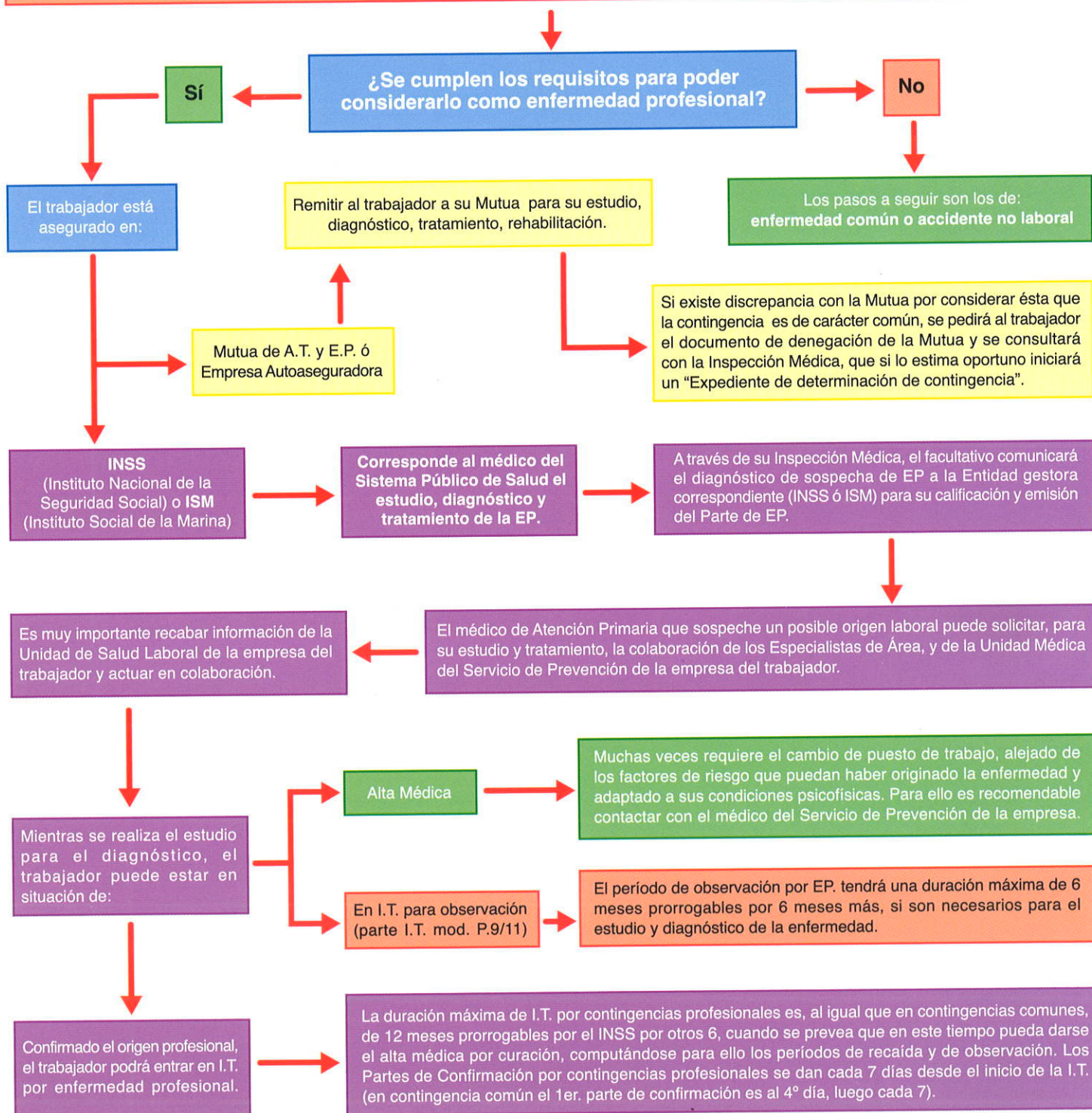
La enfermedad profesional en atención primaria

Información para el médico de familia



PASOS A SEGUIR ANTE LA SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL (EP)

Se entenderá por enfermedad profesional, la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena¹, en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional. (Artículo 116 Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio).



¹ Además de los Trabajadores por Cuenta Ajena actualmente se incluyen también en la protección por Enfermedad Profesional, a los Trabajadores por cuenta Propia del Régimen Especial Agrario, del Régimen Especial de los Trabajadores del Mar, Sistema Especial de los Empleados de Hogar, Trabajadores Autónomos Dependientes y Trabajadores Autónomos que hayan optado voluntariamente por la protección ante contingencias profesionales. Con los Trabajadores Autónomos que no hayan optado por la cobertura de la contingencia profesional se actuará igual que si de una Contingencia Común se tratase. Los trabajadores autónomos que tengan cubiertas las contingencias profesionales serán remitidos a su Mutua para estudio y tratamiento.

Información para el médico de familia



```

graph TD
    HC[HISTORIA CLÍNICA:  
Filiación  
Anamnesis  
Exploración] --> MC[Motivo de Consulta]
    MC --> HL[HISTORIA LABORAL:  
¿Trabaja actualmente?]
    HL -- No --> HTA[¿Ha trabajado anteriormente?]
    HTA -- No --> DEL[DESCARTAR ENFERMEDAD  
DE ORIGEN LABORAL]
    HTA -- Sí --> HLA[Hª LABORAL ACTUAL:]
    HL -- Sí --> HLA
    HLA --> AL[ANTECEDENTES LABORALES:]
    AL --> EC[Exploración Clínica  
Estudio de Patología Actual  
Diagnóstico]
    EC --> ETE[¿Existe o puede existir relación  
Trabajo – Enfermedad?  
(Descartar deportes, hábitos y hobbies  
que pueden originar cuadros similares)]
    ETE -- No --> DEL
    ETE -- Sí --> FPA[¿Figura la patología, la ocupación y los  
agentes capaces de producirla en el  
Anexo I del Cuadro de EP?  
(R.D.1299/2006)]
    FPA -- No --> CS[COMUNICAR SOSPECHA DE  
ENFERMEDAD PROFESIONAL  
A INSPECCIÓN MÉDICA]
    FPA -- Sí --> AT[Accidente de Trabajo]
    CS --> E[EMPRESA]
    CS --> AT
    E --> AT
    AT --> DEL
    
```

HISTORIA CLÍNICA: Filiación, Anamnesis, Exploración

Motivo de Consulta

HISTORIA LABORAL: ¿Trabaja actualmente?

No → ¿Ha trabajado anteriormente?

No → **DESCARTAR ENFERMEDAD DE ORIGEN LABORAL**

Sí → **Hª LABORAL ACTUAL:**

Hª LABORAL ACTUAL:

- Profesión
- Ocupación actual
- Fecha de inicio ocupación actual
- Datos de filiación de la empresa
- Actividad económica
- Turno de trabajo
- Riesgos a los que está expuesto
- Tiempo de exposición (hrs./día)
- Sistemas de protección que utiliza
- Patología relacionada con el trabajo

ANTECEDENTES LABORALES: (Recogerlos de forma retrospectiva, de más reciente a más antiguo)

Trabajos anteriores:

- Datos filiación de la empresa
- Actividad económica
- Puesto de trabajo (ocupación)
- Fecha de alta / F. baja en la empresa
- Riesgos a los que ha estado expuesto
- Tiempo de exposición (hrs. /día)
- Equipos de protección utilizados
- Patología relacionada con el trabajo

Exploración Clínica
Estudio de Patología Actual
Diagnóstico

¿Existe o puede existir relación Trabajo – Enfermedad?
(Descartar deportes, hábitos y hobbies que pueden originar cuadros similares)

No → **DESCARTAR ENFERMEDAD DE ORIGEN LABORAL**

Sí → ¿Figura la patología, la ocupación y los agentes capaces de producirla en el Anexo I del Cuadro de EP? (R.D.1299/2006)

No → **COMUNICAR SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL A INSPECCIÓN MÉDICA**

Sí → **Accidente de Trabajo**

COMUNICAR SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL A INSPECCIÓN MÉDICA

EMPRESA

En caso de accidente de trabajo (A.T.), la empresa emitirá el “Parte de Asistencia Sanitaria” (mod. 3-AT-19-B) por triplicado, de los cuales una copia es para el trabajador, otra para el especialista o centro que le atienda y otra para el médico de familia (quien la remitirá a su Inspección Médica). Si el trabajador tiene Mutua deberá acudir a ella para estudio y tratamiento, entregándoles un parte de asistencia sanitaria. En ausencia de este parte, por el cual la empresa reconoce el A.T., no se podrá iniciar la asistencia como contingencia profesional, debiendo tratarse como contingencia común.

Accidente de Trabajo

...Pero existe relación causal demostrable entre la exposición laboral y la enfermedad que padece.

COMUNICAR SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL A INSPECCIÓN MÉDICA

Si el trabajador está asegurado directamente por el INSS continuará su asistencia el Médico de Familia¹.

Si el aseguramiento es a través de una Mutua o Empresa Autoaseguradora se le derivará a ella para su estudio, diagnóstico y tratamiento.

Cuando el facultativo del SNS diagnostique o sospeche la existencia de una enfermedad profesional (Anexo I del RD. 1299/2006), o relacionada con el trabajo (Anexo II), lo pondrá en conocimiento de la entidad gestora (INSS o ISM) o entidad colaboradora correspondiente (Mutua de A.T y E.P), a través de su Inspección Médica.

7 de 8

La enfermedad profesional en atención primaria

Información para el médico de familia



¿Qué es una enfermedad profesional?

El Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (RDL 1/1994, de 20 de junio), en su artículo 116, define la enfermedad profesional como ***“la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena, en las actividades que se especifican en el cuadro aprobado por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley, y siempre que la enfermedad proceda por la acción de elementos o sustancias que en dicho cuadro se indican para cada enfermedad profesional”***.

Así, por definición, el reconocimiento de una enfermedad como profesional exige que se cumplan las siguientes condiciones:

- Que el trabajo se realice por cuenta ajena (excepto en los trabajadores por cuenta propia del Régimen Especial Agrario, del Régimen Especial de los Trabajadores del Mar, Sistema Especial de los Empleados de Hogar, Trabajadores Autónomos Dependientes y Trabajadores Autónomos que hayan optado voluntariamente por la protección ante contingencias profesionales).
- Que la enfermedad del trabajador figure en el cuadro de enfermedades profesionales vigente (Real Decreto 1299/2006), y realice o haya realizado la actividad u ocupación que con ella se relaciona, estando expuesto a los agentes que para la misma se detallan en el cuadro de enfermedades profesionales.

¿Qué es el cuadro de enfermedades profesionales?

El cuadro de enfermedades profesionales es un listado de enfermedades, cuyo origen laboral está científicamente comprobado, en el que se describe para cada enfermedad las ocupaciones o actividades donde pueden contraerse y los agentes y sustancias peligrosas que pueden producirlas.

¿Qué son las enfermedades relacionadas con el trabajo?

Las enfermedades relacionadas con el trabajo son aquellas patologías que, pudiendo estar originadas por el mismo, carecen de la evidencia científica suficiente para confirmar una relación de causa – efecto, motivo por el cual no están incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales. No obstante, de conformidad con lo establecido en el artículo 115 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, si se puede demostrar que la enfermedad tuvo como causa exclusiva el trabajo esta se podrá incluir en el concepto de accidente de trabajo y gestionar como tal, al igual que ocurre con aquellas enfermedades que puedan estar originadas por sustancias o agentes presentes en el trabajo que no se encuentran incluidas en el mencionado cuadro, siempre que el trabajador pueda probar su relación.

¿Qué ventajas conlleva el reconocimiento y declaración de una enfermedad profesional?

- **Para el trabajador:** el acceso a mejores prestaciones de Seguridad Social e indemnizaciones complementarias.
- **Para el Sistema Sanitario Público:** si el trabajador tiene la contingencia cubierta por una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS) es responsabilidad de la misma asumir su estudio, extender los partes de baja por contingencia profesional (IT) cuando proceda, realizar las pruebas diagnósticas necesarias y asumir las medidas terapéuticas y rehabilitadoras que se estimen más oportunas.
- **Para la empresa:** le permite detectar el origen de la enfermedad, estudiar las condiciones de trabajo e implantar medidas de prevención que eviten la recaída del trabajador y la aparición de enfermedad en otros trabajadores.

¿Quien debe notificar la sospecha de enfermedad profesional?

El Real Decreto 1299/2006, en su artículo 5 establece los criterios para su notificación y registro, disponiendo que: ***“Cuando los facultativos del Sistema Nacional de Salud, con ocasión de sus actuaciones profesionales, tuvieran conocimiento de la existencia de una enfermedad de las incluidas en el anexo 1 que podría ser calificada como profesional, o bien de las recogidas en el anexo 2, y cuyo origen profesional se sospecha, lo comunicarán a los oportunos efectos, a través del organismo competente de cada comunidad autónoma”***.

¿Quien es el “organismo competente” al que se debe comunicar la sospecha de enfermedad profesional?

Ello depende de cada Comunidad Autónoma. En unas Comunidades es la Inspección Médica y en otras su Instituto o Servicio Central de Salud Laboral. En lo que a la Comunidad de Madrid respecta, el órgano competente es la **Dirección General de Ordenación e Inspección de la Consejería de Sanidad**, que engloba los servicios de Inspección Sanitaria y de Salud Laboral.

La enfermedad profesional en atención primaria

Información para el médico de familia



¿Qué hago con un trabajador que presenta una enfermedad que sospecho puede ser profesional?

1. Comprobar si la enfermedad figura en el anexo 1 del cuadro de enfermedades profesionales.
2. Preguntarle en qué trabaja y en qué ha trabajado, y si en alguno de los empleos ha podido estar expuesto a agentes o sustancias peligrosas de las descritas en el cuadro de enfermedades profesionales, para esa enfermedad y en esa actividad.
3. Si se descarta la sospecha de enfermedad profesional, por no figurar ésta, la actividad o los agentes capaces de producirla en el cuadro de enfermedades profesionales, se tratará como enfermedad común.
4. Si se mantiene la sospecha de enfermedad profesional por cumplir los requisitos legalmente establecidos, y la empresa del trabajador tiene concertada la contingencia con una MATEPSS (Mutua de Accidentes de Trabajo), se cumplimentará el **documento para la "Comunicación de Sospecha de Enfermedad Profesional" (CSEP.1)**, entregando una copia impresa al trabajador quien deberá acudir a su Mutua para estudio, diagnóstico y tratamiento, enviando una copia de este documento a la Inspección Médica de área.

Si la empresa tiene concertada la cobertura de contingencias profesionales directamente con el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), el estudio, diagnóstico y tratamiento corresponde al médico de familia y especialistas del sistema sanitario público, debiendo remitir una copia de este documento (CSEP.1) a su Inspección Médica de referencia.

¿Y si el trabajador requiriese la baja laboral, o ya la tuviese por enfermedad común?

1. *En el caso de que la gestión de la prestación correspondiera a una MATEPSS*, y el trabajador estuviese de baja por enfermedad común, el trabajador continuará de baja hasta que la Mutua adopte una decisión.
 - Si la Mutua confirma la sospecha de enfermedad profesional será ella quien emita los partes de baja y confirmación por enfermedad profesional, retrotrayéndose al primer día de baja y anulando, la Inspección Médica, la baja por enfermedad común.
 - Si la Mutua envía al trabajador a Atención Primaria por no considerar la enfermedad como profesional, comunique el hecho a su Inspección Médica de área, o de referencia, remitiendo una copia del documento que habrá cumplimentado la Mutua (CSEP.2 o similar), para que la Inspección Médica pueda iniciar, si lo estima necesario, la investigación correspondiente. Si el paciente no estuviese de baja pero la precisara, se iniciará una baja por enfermedad común.
2. *Cuando la gestión de la prestación corresponde al INSS* (empresas sin Mutua) el diagnóstico y tratamiento corresponde al médico del SERMAS, quien puede emitir directamente la baja por enfermedad profesional si el caso lo requiere, debiendo remitírsela a la Inspección Médica.

¿Quién me puede aclarar las dudas que sigo teniendo?

Para cualquier duda que le pueda surgir en la gestión de las contingencias profesionales (enfermedad profesional o accidente de trabajo) **además de contar con el apoyo y asesoramiento de la Inspección Médica de área**, tiene a su disposición el **Servicio de Salud Laboral** de la Dirección General de Ordenación e Inspección de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (Paseo de Recoletos, 14 – 28001 Madrid). Tel. 914269350 - Fax. 914269356, e-mail: isp.s.laboral@salud.madrid.org



La enfermedad profesional en atención primaria

Información para el médico de familia



COMUNICACIÓN DE SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

(A cumplimentar por el facultativo que realiza la comunicación)

Datos del médico que realiza la comunicación			
Nombre:		Apellidos:	
Nº de colegiado:		Especialidad:	
Nombre del centro de trabajo:			
Dirección del centro de trabajo:			
Población:		C. Postal:	
Provincia:		Teléfonos de contacto:	
E-mail:			
Datos del paciente			
Nombre:		Apellidos:	
Sexo (V/M):	DNI/NIE:	NAF:	Nacionalidad:
Fecha nacimiento:		Domicilio:	
Población:		C. Postal:	
Provincia:		Teléfonos de contacto:	
Profesión:		Ocupación actual:	
Situación laboral actual:		Activo <input type="checkbox"/>	En paro <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/>
Nombre de la empresa actual (última empresa si parado o jubilado):			
El paciente tiene cubierta la contingencia profesional por: Empresa colaboradora <input type="checkbox"/> MATEPSS <input type="checkbox"/> INSS <input type="checkbox"/>			
Nombre de la MATEPSS (Mutua de AT y EP):			
Diagnóstico de sospecha:			
Motivo en que se basa la sospecha del origen laboral:			
El paciente se encuentra actualmente en IT.	Sí	<input type="checkbox"/>	Por contingencia común <input type="checkbox"/> Por contingencia profesional <input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>	Fecha de baja (IT):
<input type="checkbox"/> Se adjunta documentación complementaria (copia del parte de baja, informes clínicos, etc).			
Fecha:		Sello de colegiado/CÍAS:	Firma:
<ul style="list-style-type: none">Si el paciente tiene cubierta la contingencia profesional por una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (MATEPSS), remítale a ella para su estudio y tratamiento con un original de este informe y envíe una copia a su Inspección Médica de área. Inspección Médica a su vez remitirá este informe o una copia a la Dirección General de Ordenación e Inspección (Servicio de Salud Laboral), para su seguimiento.Si la cobertura de la contingencia profesional lo es directamente por el INSS, envíe una copia a su Inspección Médica de área. Inspección Médica remitirá una copia al INSS y otra copia a la Dirección General de Ordenación e Inspección (Servicio de Salud Laboral), para su seguimiento.			

La enfermedad profesional en atención primaria

Información para el médico de familia



COMUNICACIÓN DE SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

(A rellenar por la Entidad Gestora o Colaboradora de la Seguridad Social)

Nombre de la MATEPSS o Empresa colaboradora:

Datos del facultativo:

Nombre:	Apellidos:	
Nº de colegiado:	Especialidad:	
Dirección del centro asistencial:		
Población:	Provincia:	C. Postal:
Teléfono de contacto:	E-mail:	

Datos del paciente:

Nombre:	Apellidos:	
DNI./NIE.	NAF.	CNO (2011):

Datos de la empresa:

Nombre de la empresa:		
Dirección del centro de trabajo :		
Población:	Provincia:	C. Postal:
Teléfono:	CIF.	CNAE (2009):
¿Se acepta la propuesta de estudio por contingencia profesional?: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		

Diagnóstico de sospecha:	CIE-10:
Se extiende parte de IT por: Enfermedad profesional (EP) <input type="checkbox"/> E.P. en estudio <input type="checkbox"/> Accidente de trabajo <input type="checkbox"/>	

Exposición de motivos respecto a la decisión adoptada:

<input type="checkbox"/>	Se adjunta documentación complementaria (copia del parte de baja, informes clínicos, etc).
--------------------------	--

Fecha:	Sello de colegiado/CÍAS:	Firma:
--------	--------------------------	--------

- La MATEPSS debe cumplimentar y remitir este documento al médico comunicante de la sospecha de E.P.
- El médico comunicante remitirá una copia de este documento a la Inspección Médica de área, o de referencia.
- Inspección remitirá a su vez copia a la Dirección General de Ordenación e Inspección (Servicio de Salud Laboral).

La enfermedad profesional en atención primaria

Información para el médico de familia

Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Consejería
de Empleo, Turismo y Cultura
C/ Ventura Rodríguez 7, 28008 Madrid
Tel. 900 713 123 Fax. 918 420 617

Servicio de Salud Laboral de la Dirección General de Ordenación
e Inspección de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid
Paseo de Recoletos 14, 28001 Madrid
Tel. 914269350 Fax. 914269356
isp.s.laboral@salud.madrid.org

www.madrid.org

Diseño y maquetación: Servicios Gráficos Kenaf, S.L.
Impresión: B.O.C.M.



**Dirección General
de Ordenación e Inspección**

 **Comunidad de Madrid**



ANEXO II- INFORME DE LA COMISIÓN CENTRAL DE INVESTIGACIÓN

Informe de la Comisión Central de Investigación

Código de Protocolo: 26/14.

Título: Identificación de enfermedades profesionales atendidas en Atención Primaria por el Servicio Madrileño de Salud.

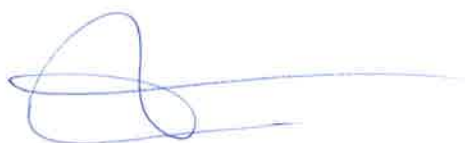
Investigador Principal: José Luis Pacheco del Cerro (UCAM), Alfonso Meneses Monroy (UAM) y Marta María Hernández Martín, Doctoranda.

Promotor: Univ. Autónoma y Univ Complutense de Madrid.

La **Comisión Central de Investigación**, en su reunión del miércoles 17 de diciembre de 2014, según consta en el Acta 13/14, **INFORMA FAVORABLEMENTE** sobre la realización de dicho estudio en atención primaria de la Comunidad de Madrid.

Madrid, 17 de Diciembre de 2014

Presidente de la Comisión Central de Investigación



Fdo.: Ana Miquel Gómez



**ANEXO III- DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICO DE
INVESTIGACIÓN CLÍNICA**

DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

D. Fernando Díaz Otero, Secretario del **COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA**
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

CERTIFICA

Que se ha evaluado la propuesta del promotor referida al estudio:

Código ENF001PROF

TÍTULO: "Enfermedades de posible origen laboral atendidas en atención primaria por el Servicio Madrileño de Salud"

Protocolo versión 2 nov2015.

Promotor: Investigador

- El estudio se plantea siguiendo los requisitos legalmente establecidos, y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
- La capacidad del investigador y sus colaboradores, y las instalaciones y medios disponibles, tal y como ha sido informado, son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Este CEIC actuando como comité evaluador, emite dictamen favorable y acepta que dicho estudio sea realizado por los investigadores principales que se relacionan a continuación:

Dra. Marta María Hernández Martín

Y HACE CONSTAR QUE:

1º En la reunión celebrada el día **23 de noviembre de 2015, acta 12/2015** se decidió emitir el informe correspondiente al estudio de referencia.

2º En dicha reunión se cumplieron los requisitos establecidos en la legislación vigente -Real Decreto 223/2004 y Decreto 39/94 de la Comunidad de Madrid- para que la decisión del citado CEIC sea válida.

3º El CEIC-A1, tanto en su composición, como en los PNT cumple con las normas de BPC (CPMP/ ICH/ 135/95)

4º La composición actual del CEIC-A1 es la siguiente:

D. FELIPE ATIENZA FERNÁNDEZ (Cardiología - Presidente)
D. ANDRÉS JESÚS MUÑOZ MARTÍN (Oncología Médica - Vicepresidente)
D. FERNANDO DÍAZ OTERO (Neurología – Secretario)
D. JUAN ANTONIO ANDUEZA LILLO (Medicina Interna)
D^a. MARÍA LUISA BAEZA OCHOA DE OCÁRIZ (Alergología)
D^a. DOROTEA BLANCO BRAVO (Pediatría)
D^a MARÍA DEL CARMEN DE LA CRUZ ARGUEDAS (Unidad de Apoyo a la Investigación)
D. RAFAEL CARRIÓN GALINDO (Oncología Médica)
D. CARLOS MANUEL GONZÁLEZ FERNÁNDEZ (Reumatología)
D. VICENTE DE LAS PEÑAS GIL (Psicología Clínica)
D. EDUARDO FERNÁNDEZ-CRUZ PÉREZ (Inmunología)
D^a. MARÍA DEL CARMEN HERAS ESCOBAR (Enfermería)
D^a. LEONOR MARÍA LAREDO VELASCO (Farmacología Clínica)
D. IGNACIO MARÍN JIMÉNEZ (Aparato Digestivo)
D^a. CARMEN MATEO RUIZ (Farmacia Atención Primaria)
D^a. MARÍA DE LOS ÁNGELES MUÑOZ FERNÁNDEZ (Inmunología)
D^a. ANA MUR MUR (Farmacia Hospitalaria)
D^a. MARÍA BEGOÑA QUINTANA VILLAMANDOS (Anestesiología y Reanimación)
D. JOSÉ MIGUEL RIVAS BUENO (Licenciado en Derecho)

Lo que firmo en Madrid, a 26 de noviembre de 2015



COMITÉ DE ÉTICA
DE INVESTIGACIÓN

Fdo.: Dr. Fernando Díaz Otero

359/15

